

PERFIL DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

BRASIL

Monitoramento e análise dos processos de mudança/
reforma dos sistemas de saúde

(Fevereiro de 2008)

BRASIL
O PERFIL DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Monitoramento e análise dos processos de mudança

Brasília, fevereiro de 2008

Biblioteca Sede OPAS – Catalogação-na-fonte

Organização Pan-Americana da Saúde

O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil: Monitoração e análise dos processos de mudança
Washington, D.C.: OPAS, © 2008

ISBN 978 92 75 73222 9

I. Título.

1. SISTEMAS DE SAÚDE
2. SERVIÇOS DE SAÚDE
3. REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
4. PERFIL DE SAÚDE
5. BRASIL

NLM WA540 DB8

Este documento está disponível na página eletrônica de *Fortalecimento de Sistemas de Saúde na América Latina e Caribe* e pode ser acessado através do link: www.lachealthsys.org. Para qualquer consulta sobre o mesmo, favor entrar em contato com info@lachealthsys.org.

Esta publicação foi produzida pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e foi possível através do apoio prestado pela Oficina para América Latina e o Caribe da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), segundo o estabelecido no Convênio No. LAC-G-00-04-00002-00. As opiniões emitidas nesta publicação não refletem necessariamente os pontos de vista da USAID.

Este documento pode ser reproduzido ou traduzido, parcial ou integralmente, desde que utilizado sem fins comerciais.

AGRADECIMENTOS

A elaboração da presente edição do Perfil do Sistema de Saúde do Brasil contou com a contribuição dos técnicos abaixo listados, convidados a participarem da reunião para debate do texto base, realizada no dia 31/01/2008 na sede da Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil. A responsabilidade pela edição e revisão final do documento ficou a cargo da Área de Sistemas e Serviços de Saúde da OPS/OMS, Washington, D.C.

- Elizabeth Barros
- Solón Magalhães Vianna
- Déa Carvalho
- Secretaria Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde:
 - Teresa Maria Passarella
 - Claudia Marques
- Secretaria Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde:
 - Auristela Maciel Lins
- Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde:
 - Johnson Araujo
- Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde:
 - Dácio de Lira Rabello Neto
- Secretaria Gestão Participativa do Ministério da Saúde:
 - André Bonifácio de Carvalho
- CONASEMS:
 - José Veloso Junior
- CONASS:
 - Jurandir Frutuoso
- IPEA:
 - Sérgio Piola
- UFRJ:
 - Lígia Bahia
- OPAS:
 - Julio Suárez
 - João Baptista Risi
 - José Gerardo Moya
 - Rosa Maria Silvestre

Índice

Siglas Utilizadas	4
Sumário Executivo.....	5
1. CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	7
1.1. Contexto Econômico	8
1.2. Contexto Social	10
1.2.1. Determinantes sociais.....	10
1.2.2. Demografia	11
1.3. Principais problemas de saúde.....	12
1.3.1. Mortalidade e suas causas.....	12
1.3.2. Neoplasias e Doenças do aparelho circulatório	13
1.3.3. Causas externas: violência e acidentes.....	14
1.3.4. AIDS.....	15
1.3.5. Tuberculose	15
1.3.6. Malária e Dengue	15
1.4. Acesso e Cobertura por serviços de saúde.....	16
1.5. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM	17
2. FUNÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE	19
2.1. Caracterização do Sistema de Saúde	19
2.2. Direção (Rectoria).....	19
2.2.1. Mapeamento da Autoridade Sanitária.....	19
2.2.2. Condução da Política Nacional de Saúde	22
2.2.3. Regulação Setorial	26
2.2.4. Desenvolvimento das Funções Essenciais de Saúde Pública – FESP	28
2.3. Financiamento, Gasto e Alocação de Recursos.....	29
2.4. Provisão de Serviços.....	33
2.4.1. Oferta e Demanda de Serviços de Saúde	33
2.4.2. Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde.....	36
2.4.3. Gestão de Recursos Humanos e Condições de Emprego	37
2.4.4. Oferta e Distribuição dos Recursos Humanos.....	38
2.4.5. Governabilidade e Conflitividade do setor saúde	40
2.4.6. Medicamentos e outros Produtos Sanitários.....	40
2.4.7. Equipamentos e Tecnologia.....	44
2.4.8. Qualidade dos Serviços.....	44
2.5. Mapeamento Institucional do Setor Saúde	45
3. MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA/REFORMA	47
3.1 Efeitos sobre as Funções do Sistema de Saúde	47
3.2. Efeito sobre os Princípios Orientadores das Reformas	47
3.2.1. Equidade	47
3.2.2. Cobertura	48
3.2.3. Disponibilidade e Distribuição de Recursos	49
3.2.4. Acesso.....	50
3.2.5. Efetividade	51
3.2.6. Eficiência.....	53
3.2.7. Sustentabilidade	53
3.2.8. Participação Social	54
3.3 - Atores	55
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
Documentos Consultados	58

Siglas Utilizadas

MAS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, realizada pelo IBGE
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CF 88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EC 29	Emenda Constitucional nº 29
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FESP	Funções Essenciais de Saúde Pública
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPA	Índice Parasitário Anual
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
MF	Ministério da Fazenda
MPO	Ministério do Planejamento e Orçamento
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAB	Piso de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano PluriAnual
PSF	Programa Saúde da Família
Reforsus	Programa de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RNIS	Rede Nacional de Informações em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SC&T	Secretaria de Ciência e Tecnologia
SE	Secretaria Executiva
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SEGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SIS	Secretaria de Gestão de Investimentos do MS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde

Sumário Executivo

A Reforma Sanitária brasileira começou a ser implementada imediatamente após a promulgação do texto constitucional de 1988, que inscreveu a saúde como direito social universal e determinou que o Estado fosse responsável por assegurar as condições para seu pleno exercício. Nos vinte anos decorridos, contextos econômicos e sociais bastante diversos se sucederam e, se muitos avanços podem ser contabilizados, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados para que se atinjam os objetivos. Nos últimos anos, inflação sob controle, retomada do crescimento econômico, redução da desigualdade de renda, expansão do emprego formal têm permitido consistente melhoria nas condições de vida da maior parte da população, com reflexos sobre condições de saúde, levando o governo a considerar factível o alcance das metas pactuadas em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODMs.

O país experimentou, nas últimas décadas, importantes transformações no perfil epidemiológico, com a crescente relevância das doenças crônicas, que se transformaram em principais causas de mortalidade, e a persistência importante de doenças endêmicas e transmissíveis no quadro de morbidade, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. A taxa de mortalidade infantil apresentou redução de 40% entre 1991 e 2003. Não obstante, a desigualdade na taxa de mortalidade infantil ainda é significativa entre os diferentes estratos sócio-econômicos da população e entre os diferentes estados. A mortalidade materna foi estimada, em 2004, em 76,1 óbitos por causas maternas por cem mil nascidos vivos. Também existem importantes diferenças regionais. Na região Sudeste, onde são observadas as menores taxas, esses valores alcançam 43,2 óbitos por causas maternas por cem mil nascidos vivos.

O sistema de saúde no Brasil é misto, segmentado e, sob a ótica da origem dos recursos, configura dois subsistemas: um, público, e outro privado. No subsistema público existem dois segmentos: (i) um, de acesso universalizado e gratuito (todos os cidadãos têm direito), integralmente financiado por recursos públicos, denominado Sistema Único de Saúde - SUS; e (ii) outro, de acesso restrito a servidores públicos (civis e militares), financiado com recursos públicos e com contribuições dos servidores. Também no subsistema privado se distinguem dois segmentos, ambos beneficiados por alguma forma de incentivo fiscal: (i) um, dos planos e seguros de saúde, denominado sistema suplementar, de afiliação voluntária, não compulsória, financiado com recursos de empregadores e/ou de empregados (em casos de contratos empresariais coletivos) ou exclusivamente pelas famílias; e (ii) outro, de acesso direto a provedores privados por meio de pagamento no ato da prestação dos serviços assistenciais. Para 75% da população, o acesso é assegurado exclusivamente pelo sistema público.

O número médio de consultas médicas *per capita* declaradas, captadas por meio de inquérito populacional era, em 2003, de 2,4 por hab/ano, com desigualdades relevantes: a população urbana apresentava número de consultas médicas *per capita* (2,6) significativamente maior do que a rural (1,8). Eram significativas também as diferenças quando consideradas as classes de rendimento mensal familiar: o número de consultas *per capita*/ano variava de 2,2 entre as pessoas com renda até 1 salário mínimo a 3,1 para as pessoas com mais de 20 salários mínimos. O mesmo inquérito revelou que 98% das pessoas que procuraram atendimento no período de referência conseguiram obtê-lo e que apenas 2,2% das pessoas manifestaram encontrar dificuldade de acesso a ações e serviços de saúde. Em 2005 o Ministério da Saúde contabilizou 2,5 consultas *per capita* oferecidas pelo SUS.

Embora o país não disponha de um sistema de contas nacionais em saúde, estimativas apontaram que o gasto total representasse, em 2004, 8,8% do PIB e que o gasto público em saúde nesse ano fosse de R\$ 65,1 bilhões, equivalente a apenas 3,4% do PIB. O gasto público *per capita* correspondia a US\$ 121 dólares correntes ou a US\$306 PPP *per capita* (dólar ajustado pela paridade de poder de compra - PPP). O gasto federal com medicamentos alcançou, em 2005, R\$4,5 bilhões. Os medicamentos estratégicos e os medicamentos de alto custo, cujo emprego é definido por protocolos específicos, representavam, em 2005, 66,4% do gasto federal com medicamentos. O gasto das famílias permanece elevado e representava, em 2003, 13,9% do gasto médio mensal das famílias de menor renda. A maior parte desse gasto - 58,9% - era destinado à aquisição de medicamentos. Na faixa de maior nível socioeconômico o item de gasto em saúde de maior relevância era o pagamento de planos de saúde (37,9% do gasto com saúde) e o gasto em saúde correspondia a 21,4% do gasto médio mensal das famílias

A provisão de serviços pelo sistema público de saúde é assegurada pela rede pública de serviços e por estabelecimentos privados, que têm forte presença na oferta de serviços hospitalares e de apoio ao diagnóstico e a ações terapêuticas. Os estabelecimentos públicos têm presença marcante na oferta de ações e serviços de saúde pública e na atenção ambulatorial. A rede pública é integrada por 59.177 estabelecimentos de saúde; destes, 47.110 (79,6%) prestam atendimento ambulatorial. O país dispunha, em 2005, de 443.210 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Destes, apenas 34% pertenciam a instituições públicas. No entanto, 88% dos leitos existentes no país estão credenciados para utilização pelo sistema público universal. Os estabelecimentos provedores de serviços de saúde, públicos e privados, foram responsáveis em 2005 por 1,6 milhão de postos de trabalho, aí compreendidos o pessoal técnico e auxiliar e o pessoal de nível superior.

O fortalecimento da atenção básica foi estimulado, a partir de meados da década dos noventa, como estratégia para reduzir a desigualdade de acesso e estimular a reorientação do modelo de atenção à saúde, antes excessivamente centrado na atenção hospitalar. Os mais importantes mecanismos utilizados para expansão da cobertura e redução das desigualdades inter-regionais foram o Piso de Atenção Básica (PAB), um mecanismo de repasse de recursos em base *per capita* e o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF oferece atenção à saúde a uma população definida, em território determinado, mediante adscrição de clientela a uma equipe multiprofissional, composta por pelo menos médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O sistema público oferece serviços em escala monumental. Em 2006, já alcançava 87 milhões de pessoas atendidas por 27 mil equipes de saúde de família, presentes em 92% dos municípios brasileiros. Assegurou, nesse ano, a provisão de 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais e trezentos milhões de consultas médicas. A atenção hospitalar do SUS realizou em 2006 cerca de 12 milhões de internações, com a permanência média de 5,9 dias¹. Foram realizados quinze mil transplantes e mais de duzentas mil cirurgias cardíacas.

Há, porém, gargalos que precisam ser superados e desafios que deverão ser enfrentados. Assegurar o acesso universal à integralidade da atenção, superando especialmente as dificuldades de acesso à atenção de média complexidade, exige uma política de investimentos orientada a esse objetivo, direcionando os esforços à organização de redes regionais resolutivas, com a expansão e qualificação da rede pública de provisão de serviços. Melhorar a qualidade dos serviços ofertados e sua efetividade envolve esforços para assegurar equipamento, disponibilidade de insumos, ações de qualificação e permanente atualização de profissionais, além de investimentos na melhoria das relações interpessoais entre profissionais e entre estes e os usuários. Para tudo isso é indispensável assegurar um fluxo de recursos em volume adequado, requisito para a consolidação dos avanços e as melhorias que ainda se fazem necessárias.

¹ MS/DATASUS.

O PERFIL DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL²

1. CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE

Com uma área total de 8,5 milhões de km², a República Federativa do Brasil, é formada por 26 Estados, o Distrito Federal e 5.560 Municípios. Cada uma das esferas de governo é dotada de autonomia política, fiscal e administrativa, tem encargos privativos e outros concorrentes e possui responsabilidades compartilhadas.

O regime de governo é presidencialista. O Estado Democrático de Direito que o caracteriza tem como objetivos fundamentais estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 *“i) construir uma sociedade livre, justa e solidária; ii) garantir o desenvolvimento nacional; iii) erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; e iv) promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas”*. (art. 3º).

As unidades federadas distribuem-se em cinco macrorregiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste, com características climáticas, sociais e econômicas bastante diversificadas.

A Floresta Amazônica compõe a maior parte da Região Norte. Integrada por sete Estados e 449 municípios de extensas áreas, com população dispersa, tem como atividades econômicas predominantes a agropecuária e o extrativismo e enfrenta sérias dificuldades de comunicação e transporte. Com população total de cerca de treze milhões de habitantes, apresenta densidade demográfica inferior a 1 habitante/km². Concentra-se nessa região mais de 50% da população indígena do país.

Composta por 1.792 municípios, distribuídos em nove estados, a região Nordeste reúne 29% da população do país. Apresenta elevada densidade demográfica na faixa litorânea e população dispersa no interior. Concentra a maior proporção da população pobre do país (55,3% de sua população vive com até meio salário mínimo de renda domiciliar *per capita*) e 53% da população rural do país. As atividades econômicas predominantes são a agricultura de subsistência, a pecuária extensiva e a monocultura da cana e do algodão. Em alguns estados estão se consolidando pólos industriais, impulsionados pela exploração do petróleo no litoral (*off shore*).

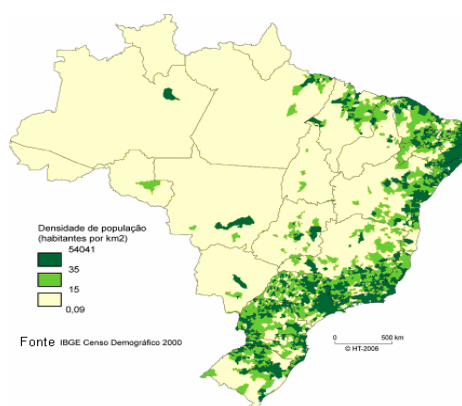
Na região Sudeste está concentrada a atividade industrial do país, bem como as mais importantes instituições financeiras e de serviços. Em seus quatro estados, que agregam 1668 municípios, reside 44% da população do país, 92% da qual residindo em áreas urbanas, e se localiza a maior parcela do emprego formal, com renda domiciliar *per capita* média variando entre R\$ 326,00 e R\$ 501,00. É onde se encontra também a maior escolarização: a média de anos de estudo da população de 25 anos ou + é a maior do país (7 anos). Também nela se localizam as maiores regiões metropolitanas do país: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.

Os três estados da região Sul totalizam 1.188 municípios e abrigam 15% da população. É a região que apresenta menor desigualdade na distribuição da renda (o índice GINI na região é de 0,522 enquanto no Nordeste é de 0,564) e a menor taxa de analfabetismo do país (6,4% contra 23,2% no NE e 11,6% na média do país).

O Centro Oeste brasileiro abriga três estados, com 463 municípios, e o Distrito Federal, onde se localiza a capital do país. Nesta região reside apenas 7% da população total. Sua economia é fortemente liderada pelo *agrobusiness* associado à soja e à pecuária de corte.

² Texto elaborado no final de 2006 e atualizado em junho de 2007 por Elizabeth Barros. Revisão final realizada pela mesma em fevereiro de 2008 com a colaboração de especialistas do MS e consultores convidados.

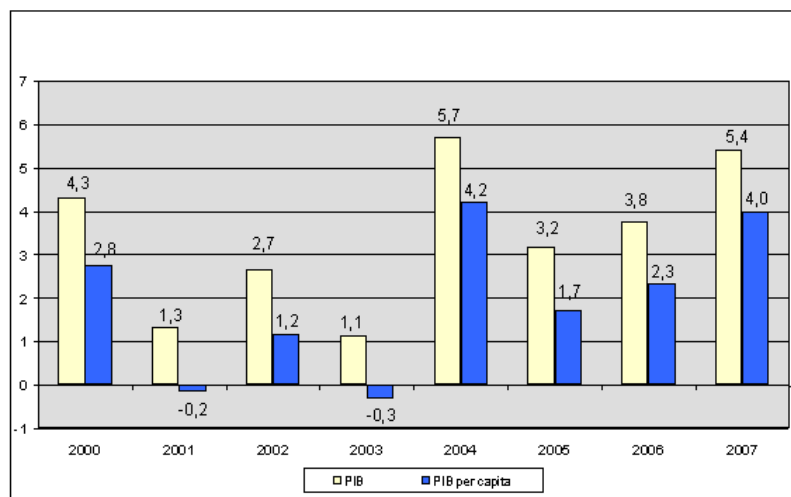
Figura 1: Densidade Demográfica, Brasil, 2001



1.1. Contexto Econômico

O desempenho da economia brasileira, refletido no comportamento do PIB (Produto Interno Bruto), foi de expressiva oscilação na última década. O crescimento médio real anual do PIB nos últimos 10 anos (1995 a 2004) foi de 2,4%, e o do PIB per capita, 0,9%. A taxa de crescimento em 2003 foi de 0,52%. Houve retomada em 2004, com taxa de 5,2%, fortemente influenciada pelo crescimento industrial (6,2%), cujo ritmo não se manteve nos anos seguintes. Em 2005 e 2006, as taxas de expansão do PIB foram, respectivamente, de 3,5% e de 3,7%, resultando em um valor *per capita* correspondente a US\$ 5,72 mil. O crescimento da economia se acelerou em 2007, alcançando uma taxa de expansão do PIB de 5,4%.

Gráfico 1: PIB e PIB per capita, Taxa (%) de Crescimento, Brasil, 2000-2007



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais

Apesar do forte esforço fiscal de produção de superávit primário, a dívida líquida do setor público encerrou o ano de 2005 estável em relação ao PIB (51,6% do PIB) e com recorde em valor nominal (R\$ 1,002 trilhão). Esse recorde se deve ao pagamento de juros, que somaram R\$ 157,1 bilhões, gerando um déficit nominal de R\$ 63,6 bilhões.

O esforço de estabilização da economia marcou a última década. Políticas de controle inflacionário e contenção do gasto público resultaram em redução da atividade econômica e

aumento da taxa de desocupação. Em 2003, quase 10% da população economicamente ativa estava desocupada; nas áreas metropolitanas a taxa média de desemprego atingiu 12,3%. A partir de 2004 teve início processo discreto de recuperação da economia e do emprego: a taxa média de desemprego caiu para 11,5%.

O percentual de pessoas ocupadas na população de 10 anos ou mais de idade (nível de ocupação) passou de 56,5% para 57,0% entre 2004 e 2005. O número de pessoas ocupadas apresentou crescimento expressivo (2,9%), representando aumento, em termos absolutos, de perto de 2,5 milhões pessoas, das quais 52% eram mulheres. Essa maior participação feminina no acréscimo da população ocupada aponta a persistência do processo de inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho. De 2004 para 2005, o nível da ocupação feminina subiu de 45,6% para 46,4%, enquanto o da masculina apresentou crescimento menos significativo, passando de 68,2% para 68,3%. A população ocupada feminina teve aumento de 3,7% e a masculina, de 2,4% no mesmo período.

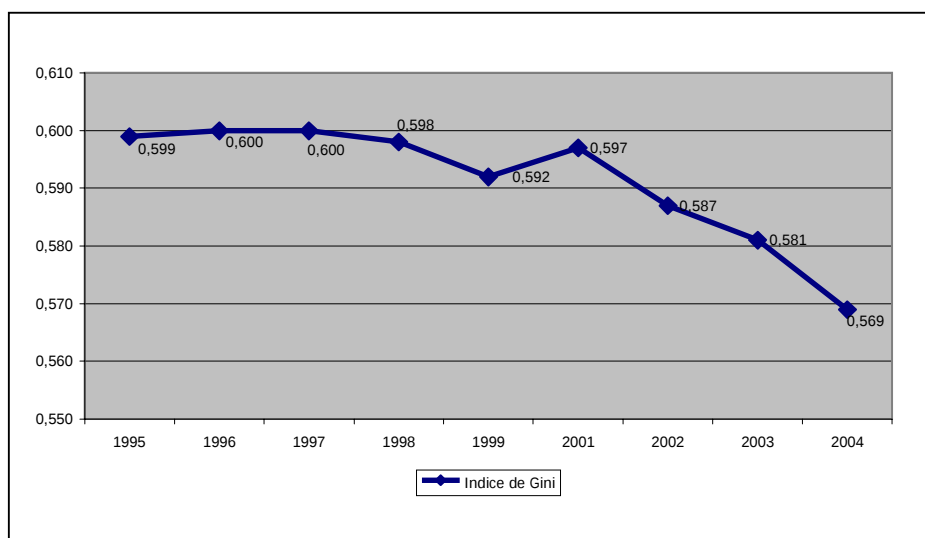
Tabela 1: Indicadores Econômicos, Brasil, 1990-2005

Indicador	1990	1995	2000	2005
PIB preços constantes - R\$ bilhão 2005**	1,338	1,557	1,738	1,937
PIB - preços constantes - US\$ bilhões 2005**	549.44	639.37	713.69	795.41
PIB per capita em preços constantes 2005 - US\$**	3,750	4,025	4,169	4,320
Taxa de Inflação anual (IPCA)**	350.35	20.41	5.83	5.55
Dívida Pública total do setor público, como % do PIB (Dez.)**	42.3	30.8	49.4	51.5
População Economicamente Ativa - PEA Urbana (mil)*	50,593	54,844	63,419	69,805
Fonte: * IBGE; **IPEA				

A redução da inflação e o declínio gradual das taxas de juros produziram, em 2005, aquecimento da economia, com expansão do emprego e elevação dos rendimentos, especialmente na parcela da população com menor renda. Mas, aponta o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, embora a remuneração média real das pessoas com rendimento de trabalho, em 2005, tenha apresentado ganho real em relação à do ano anterior, ainda teve perda real de 15,1% em relação a esse rendimento de 1996, ano em que alcançou seu ponto máximo desde o início da década de 1990. Esse movimento resultou em discreta redução da desigualdade de renda, com perspectiva de continuação da lenta tendência de declínio na concentração dos rendimentos. O grau de desigualdade de renda no Brasil declinou em 4%. Essa queda se deu de maneira contínua. A renda dos 20% mais pobres do país cresceu no período cerca de 5% ao ano, enquanto a dos 20% mais ricos diminuiu em 1%.

O Índice de Gini aplicado à renda familiar per capita caiu de 0,599 em 1995 para 0,569 em 2004. Não obstante, segundo o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED, do Ministério do Trabalho, para o estrato que ganha acima de três salários mínimos (mais de R\$ 1.050), houve saldo negativo de quase 2 milhões de empregos formais entre 2000 e 2006 e o rendimento de quem conseguiu obter trabalho recebendo mais de R\$ 1.050 caiu 46% em termos reais, no mesmo período.

Gráfico 2: Índice de Gini*: Evolução da desigualdade da renda familiar per capita, Brasil, 1995-2004



Fonte: IPEA

* Índice de Gini: quanto mais perto de zero maior a igualdade; quanto mais perto de um maior a desigualdade

1.2. Contexto Social

1.2.1. Determinantes sociais

Síntese de quatro indicadores, o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH expressa o comportamento do PIB *per capita*, a expectativa de vida, a taxa de alfabetização de pessoas com 15 anos ou mais de idade e a taxa de matrícula bruta nos três níveis de ensino (relação entre a população em idade escolar e o número de pessoas matriculadas no ensino fundamental, médio e superior). Entre 2005 e 2006, a principal mudança no cálculo do IDH ocorreu neste último indicador. Em edições anteriores, os dados de 32 países (como Brasil, Argentina, Reino Unido e Suécia) incluíam os números dos programas de educação para adultos. Agora, esses dados foram excluídos, para tornar mais precisas as comparações com outros países. Apesar dessa mudança, o IDH brasileiro cresceu: passou de 0,788 em 2003 para 0,792 em 2004, resultado que mantém o país entre as 83 nações de desenvolvimento humano médio (IDH entre 0,500 e 0,799), fora, portanto, do grupo de 63 nações de alto desenvolvimento humano, que tem a Noruega no topo pelo sexto ano consecutivo (IDH de 0,965).

Tabela 2: IDH - Posição do Brasil no ranking 2005-2006

	IDH Renda	IDH Educação	IDH Saúde
Brasil	0,74	0,88	0,76
América Latina	0,73	0,87	0,79
Mundo	0,75	0,77	0,71
Países ricos	0,96	0,98	0,90

Parcela expressiva da população brasileira ainda carece de condições adequadas de habitação. A estrutura dos domicílios é classificada como rústica³ em 2,4% das moradias do país. Esses percentuais são mais elevados nas regiões Norte (6,0%) e Nordeste (5,6%). Na região Sudeste apenas 0,6% das moradias são rústicas. O acesso à água tratada vem se

³ São denominadas rústicas as moradias cujas paredes externas foram construídas com material classificado como não-durável, por não ser apropriado para edificação (madeira aproveitada de embalagens, taipa não revestida, adobe, palha etc.).

ampliando nos últimos anos, mas ainda persistem quase 17% das moradias sem ligação à rede geral de água. O esgotamento sanitário é considerado adequado pelo IBGE quando há a disponibilidade de fossa séptica ou a ligação a rede coletora de esgotos. Quase 30% dos domicílios particulares permanentes ainda não dispõem dessa condição. O atendimento por rede coletora de esgoto permanece como o maior desafio: embora venha se ampliando continuamente, ainda permanece como o serviço de menor cobertura: subiu de 45,4% para 49,0%, de 2001 para 2005. Coleta de lixo e ligação à rede elétrica são os serviços com maior abrangência: atendiam, em 2005, 86,8% e 97,7% dos domicílios particulares permanentes, respectivamente.

Tabela 3: Domicílios particulares permanentes: características (em percentual sobre o total), Brasil, 2001 e 2005

Condição	2001	2005
Com esgotamento sanitário adequado	66,8	70,4
Ligados a rede geral de água	81,1	83,4
Com lixo coletado	83,2	86,8
Com iluminação elétrica	95,6	97,7

Fonte: IBGE, PNAD 2005

A taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais de idade situou-se em 10,2% e a das pessoas de 15 anos ou mais de idade, em 11,1%. Representa queda em relação a 2001, quando alcançava 14,7%. Esse indicador variou de 5,4%, na Região Sul, a 20,0%, na Região Nordeste e 10,7% na Região Norte. A taxa de analfabetismo na faixa etária de 10 a 14 anos de idade baixou de 9,9%, em 1995, para 3,2%, em 2005, em resposta aos esforços da política educacional, sobretudo na última década. No Nordeste, que apresenta as maiores taxas, esse indicador caiu de 23,9%, em 1995, para 7,0%, em 2005.

Os níveis de escolarização dos dois gêneros já mostraram valores próximos em 2005, embora entre as mulheres ainda se mantivesse um pouco mais elevado que o dos homens. No grupo de 5 a 17 anos de idade, o percentual de pessoas que não freqüentavam escola foi de 9,1% para os homens e 8,4% para as mulheres. O acesso ao ensino médio continua precário: para as pessoas 15 a 17 anos de idade, não freqüentavam escola 18,8% dos homens e 17,8% das mulheres.

O número médio de anos de estudo referente ao total da população de 10 anos ou mais de idade (6,7 anos) foi menor que o observado na parcela das pessoas ocupadas (7,4 anos). Para a população de 25 anos ou mais de idade o número médio de anos de estudo foi de 6,6 anos e para as pessoas ocupadas deste grupo etário, 7,2 anos. Apenas 27,2% das pessoas com 10 anos ou mais de idade alcançaram mais de 11 anos de estudo. Também nesse indicador as mulheres ocupam melhor posição: 28,9% da população feminina apresentava 11 ou mais anos de estudo, enquanto entre os homens essa proporção era de 25,5%. Entre a população ocupada, 41,5% das mulheres e 31% dos homens tinham 11 anos ou mais de estudo.

1.2.2. Demografia

Em 2005 a população residente no Brasil era de 184 milhões habitantes, com 83% residindo em áreas urbanas. A população masculina representa 49% e a feminina 51%. O número de mulheres supera o de homens em todas as regiões do país e essa desproporção se amplia nas faixas de maior idade: enquanto na população total a parcela feminina superava a masculina em 5,2%, no grupo de pessoas de 60 anos ou mais de idade este percentual atingia a 28,0%.

O registro da população segundo a cor ou raça decorre de auto-declaração. A população branca corresponde a metade da população total enquanto 49% se auto-declararam negros ou pardos. Nas áreas rurais, este percentual sobe para 61%. Há expressivas variações regionais na composição por cor ou raça. As pessoas brancas constituíam 58,5% da população da Região Sudeste e 80,8% da Região Sul. As pessoas de cor parda e negra predominam nas

Regiões Norte (71,5%) e Nordeste (63,1%). Em contrapartida a distribuição é bem mais equilibrada no Centro-Oeste (49,9% de negros e pardos).

Também segundo o IBGE (PNAD, 2005), os indígenas (353 mil brasileiros) representariam 0,19% da população. No entanto, a Fundação Nacional do Índio – FUNAI, computa uma população de cerca de 460 mil índios, distribuídos entre 225 sociedades indígenas, o que elevaria o percentual para cerca de 0,25%.

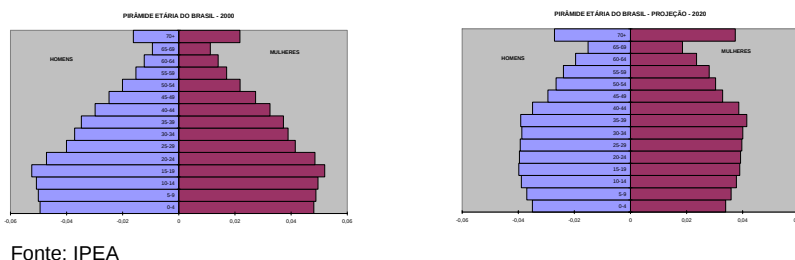
A pirâmide etária nacional vem se modificando rapidamente. Em 2005, a população que tinha até 14 anos correspondia a 26,5%; 9,7% estavam com 60 anos ou mais. A tendência é de envelhecimento. Estimativas do IBGE apontam para um total próximo de 260 milhões de habitantes em 2050, com a proporção abaixo de 14 anos caindo para 18% e a de maiores de 60 anos alcançando também 18%.

A Razão de Dependência, que era de 73,2 em 1980, caiu para 54,4 em 2000 e já era estimada em 50% em 2005. Os principais fatores responsáveis por essa diminuição foram a brusca queda da taxa de fecundidade nas últimas décadas, provocando o estreitamento da base da pirâmide etária e o rápido envelhecimento da população. Na região Sudeste o número de pessoas de 60 anos ou mais de idade já suplantava, em 2005, o de crianças de menos de 5 anos de idade em 58,0%. No País como um todo, em 2005, o número de idosos (60 anos ou mais de idade) superava o de crianças de menos de 5 anos de idade em 24,2%.

A taxa média de crescimento anual da população, no período 1991 a 2000, registrada pelo censo demográfico de 2000, foi de 1,63%. A taxa média de crescimento da população vem mostrando tendência regular ao declínio desde a década dos 60, quando foi de 2,89%. Entre 2000 e 2004 o incremento populacional foi de 1,7% . A taxa de fecundidade em 2003 foi de 2,1 nascidos vivos por mulher.

A esperança de vida ao nascer que em 1991 era de 66 anos, para a média da população (62,6 para os homens e de 69,8 para as mulheres) passou, em 2004 a ser de 72 anos (68 para os homens e 76 para as mulheres). Projeção do IBGE aponta para uma expectativa de vida ao nascer de 81,3 anos em 2050. Na região Sul, a esperança de vida média era a maior do país, alcançando 74 anos e no Nordeste se observava a menor, de 69 anos. A diferença da expectativa de vida entre homens e mulheres vem crescendo nos últimos anos e o principal motivo é o crescimento das mortes violentas de que são vítimas os jovens na faixa de 15 a 24 anos. As causas externas eram responsáveis, em 2004, por 72,1% das mortes entre os jovens nessa faixa etária.

Figura 2: Pirâmides etárias, Brasil, 2000 e 2020



1.3. Principais problemas de saúde

O país vem experimentando nas últimas décadas, importantes transformações no perfil epidemiológico, com a crescente relevância das doenças crônicas, que se transformaram em principais causas de mortalidade, e a persistência importante de doenças endêmicas e transmissíveis no quadro de morbilidade, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste.

1.3.1. Mortalidade e suas causas

As cinco principais causas de morte mantiveram-se, em 2004, as mesmas observadas desde o início da década dos 90: as doenças do aparelho circulatório (31,8% dos óbitos com causas definidas), as neoplasias (15,7%), as causas externas (14,2%), as doenças do aparelho

respiratório (11,4%) e as doenças infecciosas e parasitárias (5,1%). Observou-se apenas inversão de sua relevância: as causas externas, que ocupavam em 1998 a segunda posição passaram a terceiro lugar, com o crescimento da importância das neoplasias. A taxa de mortalidade por neoplasias malignas alcançou, em 2004, 76,6 óbitos por cem mil habitantes. A taxa de mortalidade por causas externas foi, nesse ano, de 70,2 óbitos por cem mil habitantes e atinge principalmente jovens de 15 a 24 anos sendo responsáveis por 72,1% das mortes entre jovens nessa faixa etária. As causas externas são também forte fator de pressão sobre o atendimento hospitalar, pois responderam por 6,6% das internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2004.

A mortalidade infantil apresentou redução da ordem de 40% na última década (24,1% em 2003) e vem decrescendo em razão, especialmente, da queda da mortalidade pós-neonatal. A taxa diminuiu em todo o país, passando de 47,1 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1990 para 22,6 óbitos por mil nascidos vivos em 2004. A queda foi relativamente maior nos estados do nordeste e do norte, onde os valores iniciais eram muito altos. Apresenta ainda diferenças regionais significativas: a taxa do Nordeste (35,5‰) é mais do que o dobro da observada nas regiões Sul (15,8‰) e Sudeste (15,6‰). A expansão do acesso a ações de saúde e saneamento tem sido apontada como o principal determinante da tendência de queda verificada.

Cerca de 2/3 dos óbitos ocorrem no período neonatal e dependem mais diretamente da qualidade e cobertura da atenção médico-hospitalar. A mortalidade neonatal precoce permanece elevada e apresenta variações regionais importantes: calculada em 12,1 óbitos na idade de 0 a 6 dias por 1.000 nascidos vivos, para o país em 2003, alcançava 17,5 na região Nordeste e era de 7,6 na região Sul. A taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis caiu de 4,4 para 3,6 óbitos por mil nascidos, em razão principalmente da redução das doenças evitáveis por imunizações (66,7%), dos óbitos evitáveis por diagnóstico precoce e tratamento adequado (50,5%) e das doenças evitáveis por ações de promoção da saúde (56,3%).

Não houve redução significativa nas doenças evitáveis por atenção à gestação e ao parto. Mas foi ampliada a cobertura do sistema de informações de mortalidade e melhorou a qualidade da declaração da causa do óbito, com redução dos óbitos mal definidos de 12,8% em 1996 para 6,9% em 2004. Nos estados do norte e nordeste as taxas de óbitos mal definidos em menores de 1 ano continuam acima de 10%.

Entre menores de um ano, as afecções originadas no período perinatal permanecem como principal causa de morte, seguidas por doenças infecciosas e parasitárias (8,5%), doenças do aparelho respiratório (7,5%) e causas externas (1,9% dos óbitos). O baixo peso ao nascer foi observado em 8,3% dos nascidos vivos em 2003.

A desigualdade na taxa de mortalidade infantil ainda é significativa entre os diferentes estratos sócio-econômicos da população e entre os diferentes estados. Em 1990 a diferença de risco entre o estado com maior e menor taxa de mortalidade infantil era de quatro vezes e, em 2004, embora os valores máximo e mínimo tenham se alterado, essa diferença continua praticamente a mesma.

A mortalidade proporcional, em menores de cinco anos, por doença diarreica aguda representou 4,3% dos óbitos e por infecção respiratória aguda 5,7% dos óbitos nessa faixa etária em 2003.

A mortalidade materna foi estimada, em 2004, em 76,1 óbitos por causas maternas por cem mil nascidos vivos. Na região Sudeste, onde são observadas as menores taxas, esses valores alcançam 43,2 óbitos por causas maternas por cem mil nascidos vivos.

1.3.2. Neoplasias e Doenças do aparelho circulatório

O Brasil dispõe de Registros de Câncer de Base Populacional - RCBP, que permitem monitorar e descrever o perfil da incidência, desde os anos 60. Já nos 80 as estatísticas passaram a abranger informações que têm por finalidade a avaliação da qualidade da assistência. As coberturas dessas bases de informações, embora crescentes, ainda estão concentradas nas maiores cidade do país. Os registros de câncer evidenciam que como em todo o mundo, a incidência do câncer no Brasil cresce, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida.

Estimou-se para 2006 uma ocorrência de 472 mil casos novos de câncer no Brasil – ou 355 mil, se excluídos os casos de tumores de pele não-melanoma –, o que corresponde a quase 2 casos novos por ano para cada 1.000 habitantes. Os cânceres mais incidentes, à exceção do de pele não-melanoma, são os de próstata, pulmão e estômago no sexo masculino; mama, colo do útero e intestino no sexo feminino. Quanto à mortalidade, em 2004 o Brasil registrou 141 mil óbitos. Câncer de pulmão, próstata e estômago foram as principais causas de morte por câncer em homens; mama, pulmão e intestino, as principais na mortalidade feminina por câncer.

A incidência de neoplasias malignas se amplia em todas as regiões do país. Em 2005, foram 52,9 casos novos de câncer de mama feminina por cem mil mulheres e 22,1 casos novos de câncer do colo do útero por cem mil mulheres. O câncer de próstata apresentou 51,1 casos novos por cem mil homens. O diagnóstico tardio é responsável pelas elevadas taxas de mortalidade associadas a essas causas: foram 10,3 óbitos por cem mil mulheres devidos ao câncer de mama feminina (nas regiões sul e sudeste, 13 óbitos por cem mil mulheres); 4,6 óbitos por câncer do colo do útero por cem mil mulheres e 10,2 óbitos por câncer de próstata por cem mil homens (no sudeste 12,2 e no sul 13,2 óbitos por cem mil homens).

A incidência de outras formas de câncer também é elevada: foram registrados em 2005, para o câncer de pele não melanoma 62 casos novos por cem mil homens e 72 casos novos por cem mil mulheres; casos novos de câncer de pulmão, traquéia e brônquios foram 18,9 por cem mil homens e 9,3 casos novos por cem mil mulheres. O câncer de estômago apresentou nesse ano 16,7 casos novos por cem mil homens e 8,6 por cem mil mulheres.

A mortalidade por neoplasias malignas representou 74,3 óbitos por cem mil habitantes para o país, havendo diferenciais importantes entre as regiões: na região Sul foram 106,1 óbitos por cem mil habitantes e na Sudeste 91,1 óbitos por cem mil habitantes (2005).

Em 2005, o SUS registrou 423 mil internações por neoplasias malignas, além de 1,6 milhão de consultas ambulatoriais em oncologia. Mensalmente, são tratados cerca de 128 mil pacientes em quimioterapia e 98 mil em radioterapia ambulatorial. Nos últimos 5 anos ocorreu um aumento expressivo no número de pacientes oncológicos atendidos pelas unidades de alta complexidade do SUS, o que pode estar refletindo uma melhora na capacidade do sistema em aumentar o acesso aos recursos de tratamento especializado, ainda que pesem os gargalos existentes em algumas especialidades, as dificuldades de regulação e articulação entre as unidades da rede.

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 10,5% das internações realizadas através do SUS e apresentaram taxas de 46,5 óbitos por cem mil habitantes devido a doenças isquêmicas do coração e de 49,7 óbitos por cem mil habitantes por doenças cerebrovasculares (2005).

1.3.3. Causas externas: violência e acidentes

As causas externas foram responsáveis por 106.814 mortes em 2003. Consideradas as sub-causas, 44,1% foram devido às agressões (72,2% das agressões são por arma de fogo) e 25,5% aos acidentes de transporte.

Entre os homens, 44,1% das mortes por causas externas estão associadas a agressões. Entre as mulheres a causa mais importante de morte por causa externa são os acidentes de transporte (32%). O número de óbitos masculinos decorrentes de agressão por arma de fogo era, em 2003, 12 vezes superior ao observado para as mulheres. A taxa de mortalidade pela mesma causa em homens de 15 a 29 anos praticamente quintuplicou entre 1980 (17,1) e 2003, quando atingiu 82,8 óbitos por cem mil homens. Para essa mesma causa, as maiores taxas foram encontradas em Pernambuco (89,8), Rio de Janeiro (84,4) e Espírito Santo (68,8). As menores estavam no Piauí (9,3) e Amazonas (10,2).

Dos trinta e três mil óbitos por acidentes de transporte terrestre registrados em 2003, 81% vitimaram homens.

1.3.4. AIDS

Estima-se que, no Brasil, 500 mil pessoas sejam portadoras do vírus da imunodeficiência humana - HIV. Foram registrados 325.202 casos de Aids, de 1980 até julho de 2005, sendo 70% em homens e 30% em mulheres (em 2000 havia 25,6% de casos em pessoas do sexo feminino). A taxa de incidência da Aids, em 2004, foi de 17 casos por cem mil habitantes. Esse indicador vem aumentando entre as mulheres e a razão de casos homem/mulher decresceu de 18,9/1, em 1984, para 1,5/1, em 2004, chegando a 0,9/1 entre adolescentes na faixa de 13 a 19 anos. A expansão da epidemia, além de crescer mais entre as mulheres, também apresenta nos últimos anos duas outras características importantes: a interiorização e a pauperização dos atingidos. Cerca de 50% dos municípios brasileiros já reportaram casos. Há aumento do número de casos entre os segmentos da sociedade com menor nível de escolaridade e pior condição socioeconômica, inclusive em residentes em cidades com menos de 50 mil habitantes.

Foram registrados, em 2003, 11.276 óbitos por Aids, um número 2% superior ao observado no ano anterior, mas a taxa de mortalidade específica por AIDS manteve-se estável em 6,4 óbitos por cem mil habitantes em 2003 (eram 9,7 óbitos por cem mil habitantes em 1995). A maior queda no período 1995-2003 ocorreu na região Sudeste, que concentra o maior número de casos, onde a redução na taxa foi de 43%. Essa queda acentuada da mortalidade está associada à introdução dos anti-retrovirais na rede pública de saúde, com acesso universal por meio de uma rede descentralizada de serviços. No entanto, mesmo nessa região persistem desigualdades importantes: as taxas de mortalidade são maiores entre negras (12,29 mulheres por 100 mil habitantes) do que entre brancas (5,45).

1.3.5. Tuberculose

A taxa de incidência da tuberculose, consideradas todas as formas, vem apresentando queda nos últimos dez anos, mas ainda permanece em patamares elevados: foram notificados 81,1 mil casos novos em 2003, representando 45,2 casos novos por cem mil habitantes (era de 58,4 em 1995), com presença importante nas regiões Sudeste e Nordeste (44,4% e 30,9%, respectivamente, dos casos novos registrados no país). A maior taxa bruta de incidência de TB (todas as formas) foi observada na região Norte (51,7). A incidência é maior entre os homens, (64% dos casos novos notificados). A proporção de casos novos da forma pulmonar e da forma pulmonar bacilífera sobre o total se manteve relativamente estável nos últimos anos, representando, respectivamente, 85% e 54% dos casos novos. Há também variação significativa no risco de morrer por tuberculose segundo a cor das pessoas: em 2003, a taxa bruta de mortalidade por tuberculose foi de 1,9 óbitos por cem mil habitantes de cor branca (sendo de 3,0 para os homens), enquanto para indivíduos de cor parda era de 2,7 e para os de cor preta, de 6,3 óbitos por cem mil habitantes. O risco de morrer por tuberculose foi, assim, duas vezes e meia maior para este último grupo do que a observada para a população branca.

1.3.6. Malária e Dengue

A malária persiste como problema relevante de saúde, embora atinja desigualmente moradores das diferentes regiões do país. Ainda que o Índice Parasitário Anual - IPA de malária tenha sido de 2,6 exames positivos por mil habitantes no país, em 2004, na região Norte, onde se concentra a maior exposição ao risco, a taxa foi de 30,8 exames positivos por mil habitantes. Nas regiões Sul e Sudeste nenhum caso positivo foi registrado.

A taxa de incidência da dengue tem aumentado consideravelmente desde 1993 quando era de 4,9 casos novos por cem mil habitantes. O último pico epidêmico de dengue ocorreu em 2002, em decorrência da introdução do DEN-3, ocasião em que foram registrados 794.219 mil casos (455 casos novos por cem mil habitantes), a maioria deles no Rio de Janeiro. Essa expansão determinou a implementação do Plano Nacional de Controle da Dengue, cujas ações resultaram em importante redução nos anos seguintes, ainda que as taxas se mantivessem elevadas (foi de 65,6 casos novos por cem mil habitantes em 2004). Nos anos seguintes a dispersão do DEN-3 para os demais estados do país determinou o surgimento de surtos e epidemias, sem atingir os níveis de 2002. Em 2004, foram notificados 117,5 mil casos de dengue, dos quais cem mil se distribuíram de forma equilibrada entre as regiões Norte, Nordeste e Sudeste. No ano de 2006, foram registrados 345.922 casos, sendo as regiões

Sudeste (141.864) e Nordeste (105.017 casos) as mais acometidas. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) registrou no período de janeiro a julho de 2007, 438.949 casos de dengue clássica.

Como consequência desse comportamento da epidemia, cresceu também, proporcionalmente, o número de casos notificados de febre hemorrágica da dengue, uma forma mais grave da doença: foram 2.714 casos em 2002 e 727 em 2003. Em 2004 e 2005 houve redução significativa, mas ainda assim foram notificados, respectivamente, 107 e 103 casos. Em 2006 foram notificados 682 casos e 76 óbitos e até julho de 2007 havia 926 casos de febre hemorrágica da dengue notificados e 98 óbitos. O monitoramento realizado pelo SUS aponta a existência de 93 municípios, que abrigam uma população de 36,5 milhões de habitantes, com índices de infestação domiciliar superiores ao parâmetro de 1%. A maior parte dessas localidades está situada no Centro Oeste e Sudeste.

Tabela 4: Taxa de mortalidade por diversas causas, Brasil, 1995, 2000 e 2003/4

Indicadores	1995	2000	2003/4
Mortalidade Geral	7,19	6,54	6,01
Mortalidade Materna	51,61	70,91	76,09
Mortalidade específica por enfermidades transmissíveis	60,06	45,03	47,26
Mortalidade específica por TB	3,84	3,26	2,74
Mortalidade específica por Aids	9,73	6,32	6,07
Mortalidade específica por infecção intestinal	7,54	3,62	2,98
Mortalidade específica por doença isquêmica do coração	44,86	46,21	46,48
Mortalidade específica por doenças cerebro-vasculares	52,39	49,89	49,74
Mortalidade específica por enfermidades neoplásicas malignas	61,93	70,14	76,62
Mortalidade específica por causas externas	73,73	69,73	70,2

Fonte: RIPSA, IDB 2006

Observações: Mortalidade Geral: óbitos por mil habitantes

Mortalidade específica - óbitos por 100 mil hab

Mortalidade Materna: óbitos maternos por cem mil nascidos vivos

1.4. Acesso e Cobertura por serviços de saúde

A última informação disponível (2003) para o conjunto da população indicava um número médio de consultas médicas *per capita* de 2,4 por hab/ano. Havia concentração das consultas nas faixas etárias de 0 a 4 anos (3,4) e de 65 anos e mais (4,1). A população urbana apresentava número de consultas médicas *per capita* (2,6) significativamente maior do que a rural (1,8), mas com diferenças significativas quando consideradas as classes de rendimento mensal familiar. Assim, o número de consultas *per capita/ano*, variava de 2,2 entre as pessoas com renda até 1 salário mínimo a 3,1 para as pessoas com mais de 20 salários mínimos. As mulheres apresentam um maior número de consultas médicas *per capita* (3,0) do que os homens (1,9)⁴. O Ministério da Saúde contabilizou em 2005, 2,5 consultas *per capita* oferecidas pelo SUS.

O percentual de gestantes com sete consultas ou mais no pré-natal é de 22,5% no país. Contudo, há diferenças regionais expressivas: enquanto no Sudeste alcança 64% das gestantes, na região Norte apenas 24% das gestantes obtêm o acompanhamento adequado. Desigualdades raciais também estão presentes no acesso: o percentual de sete ou mais consultas pré-natal é de 37% entre gestantes negras e de 62,5% entre as brancas. A proporção de partos hospitalares em 2004 era de 96,8%, alcançando 99% nas regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste.

O acesso a serviços odontológicos tem sido um dos desafios do sistema de saúde brasileiro. Praticamente ausente do espectro das políticas de saúde até 2003, quando foi

⁴ IBGE, PNAD Saúde 2003.

instituído o Programa Brasil Sorridente. Esse programa prevê entre outras medidas, a criação de equipes de saúde bucal, o que possibilitará ampliar de forma gradual o acesso da população até então dependente, quase integralmente, de serviços odontológicos privados. Inquérito domiciliar realizado em 2003 detectou que 15,9% dos brasileiros (perto de 28 milhões de pessoas) declararam nunca ter feito uma consulta ao dentista. Esta proporção era de 81,8% nos menores de 5 anos e 22,1% no grupo etário de 5 a 19 anos. Entre as pessoas com mais de 64 anos, 6,3% nunca consultaram um dentista. As diferenças entre os sexos também foram expressivas: 17,5% dos homens e 14,3% das mulheres nunca consultaram dentista. Na população urbana, 13,6% das pessoas nunca consultaram dentista e na população rural, esse percentual alcançava 28,0% das pessoas. A desigualdade de renda era decisiva para definir o diferencial de acesso: na população com rendimento mensal familiar até 1 salário mínimo, 31% declararam nunca ter feito uma consulta odontológica e essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a 20 salários mínimos.

1.5. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM

O governo brasileiro avalia que será possível, alcançar até 2015 a meta pretendida para a maior parte dos ODM. Em alguns casos a melhoria, nos últimos anos, dos indicadores selecionados reflete o aperfeiçoamento nos sistemas de registro de dados (como é o caso da mortalidade materna) ou a expansão da cobertura de serviços que permitiram aumentar a capacidade de detecção e oferta de cuidados (como é o caso do câncer de mama e de útero).

Tabela 5: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OBJETIVO	META ONU	META BRASIL	Indicador	Situação anterior	Situação atual
OBJETIVO 1 • Erradicar a extrema pobreza e a fome	Meta 1: reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a 1 dólar PPC por dia	1A: reduzir a um quarto, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a 1 dólar PPC por dia.	Percentual da população vivendo com menos de U\$1,0 PPC por dia (1990/2003)	9,90%	5,70%
	Meta 2: reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome	2A: erradicar a fome entre 1990 e 2015.	Percentual de crianças entre 1 e 2 anos com desnutrição proteico-calórica (1999-2004)	19,80%	7,70%
OBJETIVO 2 • Atingir o ensino básico universal	Meta 3: garantir que, até 2015, as crianças de todos os países, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino.	3A: garantir que, até 2015, as crianças de todas as regiões do país, independentemente de cor/raça e sexo, concluam o ensino fundamental.	Taxa de frequência escolar líquida de pessoas de 7 a 14 anos no ensino fundamental (1992-2003)	81,40%	93,80%
OBJETIVO 3 • Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres	Meta 4: eliminar as disparidades entre os sexos no ensino fundamental e médio, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, o mais tardar até 2015.	Meta 4: eliminar as disparidades entre os sexos no ensino fundamental e médio, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, o mais tardar até 2015.	Taxa de frequência escolar líquida de pessoas de 15 a 17 anos no ensino médio, segundo sexo (1992-2003)	H= 15,1 M= 21,3	H= 38,1 M= 48,2
OBJETIVO 4 • Reduzir a mortalidade na infância	Meta 5: reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.	Meta 5: reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.	Taxa de mortalidade de menores de 1 ano por mil nascidos vivos (1996-2004)	33,2	22,58
OBJETIVO 5 • Melhorar a saúde materna	Meta 6: reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.	Meta 6A: promover, na Rede do SUS, cobertura universal por ações de saúde sexual e reprodutiva até 2015.	Proporção da população feminina de 15 a 49 anos em uso de métodos anticoncepcionais (1996)	55,4	...
		Meta 6: reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.	Razão de Mortalidade Materna por 100 mil nascidos vivos (1996-2004)	51,61	76,09
		Meta 6B: até 2015, ter detido o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, invertendo a tendência atual.	Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas - câncer de mama e câncer do colo do útero (1990-2004)	mama= 7,90 CU= 3,82	mama= 10,60 CU= 4,76
OBJETIVO 6 • Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças	Meta 7: até 2015, ter detido a propagação do HIV/Aids e começado a inverter a tendência atual.	Meta 7: até 2015, ter detido a propagação do HIV/Aids e começado a inverter a tendência atual.	Taxa de incidência de AIDS por cem mil hab. (1995-2005)	13,25	15,05
	Meta 8: até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.	Meta 8A: até 2015, ter reduzido a incidência da malária e da tuberculose.	Taxa de incidência da tuberculose (1990-2005)	51,75	43,78
		Meta 8B: até 2010, ter eliminado a hanseníase.	Taxa de prevalência da Hanseníase (casos por dez mil habitantes) (1990-2005)	19,54	1,48

Fontes: IPEA; MS; RIPS/IDB 2006.

2. FUNÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE

2.1. Caracterização do Sistema de Saúde

O sistema de saúde no Brasil é misto, segmentado e, sob a ótica da origem dos recursos, configura dois subsistemas: um, público, e outro privado.

No subsistema público existem dois segmentos: (i) um, de acesso universalizado e gratuito (todos os cidadãos têm direito), integralmente financiado por recursos públicos, denominado Sistema Único de Saúde (SUS); e (ii) outro, de acesso restrito a servidores públicos (civis e militares), financiado com recursos públicos e com contribuições dos servidores.

Também no subsistema privado se distinguem dois segmentos, ambos bem beneficiados por alguma forma de incentivo fiscal: (i) um, dos planos e seguros de saúde, denominado sistema suplementar, de afiliação voluntária, não compulsória, financiado com recursos de empregadores e de empregados (em casos de contratos empresariais coletivos) ou exclusivamente pelas famílias; e (ii) outro, de acesso direto a provedores privados por meio de pagamento no ato da prestação dos serviços assistenciais.

Para 75% da população, o acesso é assegurado exclusivamente pelo sistema público, e a população coberta pelo sistema privado também se beneficia da rede pública por ações de saúde pública e parte dela a utiliza também para procedimentos mais complexos e de maior custo.

2.2. Direção (Rectoria)

2.2.1. Mapeamento da Autoridade Sanitária

No modelo federativo brasileiro de organização político-administrativa, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios são autônomos e exercem competências exclusivas e concorrentes. Entre as concorrentes estão as referentes ao campo da saúde. Nesse campo, algumas atribuições são definidas em lei (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90) e outras são compartilhadas, com as tarefas de cada esfera estabelecidas por meio de processos de negociação e pactuação entre os gestores.

O Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS previsto no Art. 198 e Art. 200 da Constituição Federal. À União, através do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde - CNS, e em articulação com outros organismos federais, cabem as funções⁵ de formulação de diretrizes e metas nacionais; a participação no financiamento; a coordenação, acompanhamento e avaliação da operação do sistema e o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; a coordenação nacional dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica e dos sistemas de informações em saúde; a formulação e condução da política nacional de produção de insumos e equipamentos e da política nacional de sangue e hemoderivados; a execução de ações de vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras; a implementação da política de saúde indígena; o registro e controle da qualidade de medicamentos e da qualidade sanitária dos produtos, procedimentos e substâncias de interesse para a saúde; a regulação, fiscalização e controle das atividades de prestação de serviços de saúde pelo setor privado; a participação na formulação e implementação das políticas nacionais de saneamento básico e de meio ambiente.

O SUS é constituído de subsistemas ao nível de cada estado e de cada município. A legislação atribui aos municípios a responsabilidade primordial na provisão de ações e serviços de saúde para atendimento das necessidades de saúde de suas respectivas populações, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados. No âmbito dos estados, o SUS é dirigido pelas secretarias de saúde dos governos estaduais, com funções de coordenação, gestão de recursos estratégicos e execução de ações e serviços em caráter suplementar.

⁵ Lei 8080/90, art. 16.

O Pacto de Gestão do SUS define as responsabilidades da União, dos estados e dos municípios na gestão do sistema público de saúde. O financiamento das ações e serviços de saúde é responsabilidade compartilhada pelas três esferas de governo, segundo dispositivos da Constituição Federal. O Pacto de Gestão estabelece o papel de cada instância de governo em relação à gestão do sistema; à regionalização; ao planejamento e programação das ações; à regulação, controle, avaliação e auditoria; à garantia de operação dos mecanismos de participação e controle social; à gestão do trabalho e à educação em saúde.

A garantia do acesso universal à integralidade na atenção à saúde é assegurada mediante a operação de redes regionalizadas, integrando as redes municipais e estadual sob coordenação das instâncias estaduais, que assegurem a referência a todos os níveis de complexidade da atenção necessária. Ao município cabe a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela União.

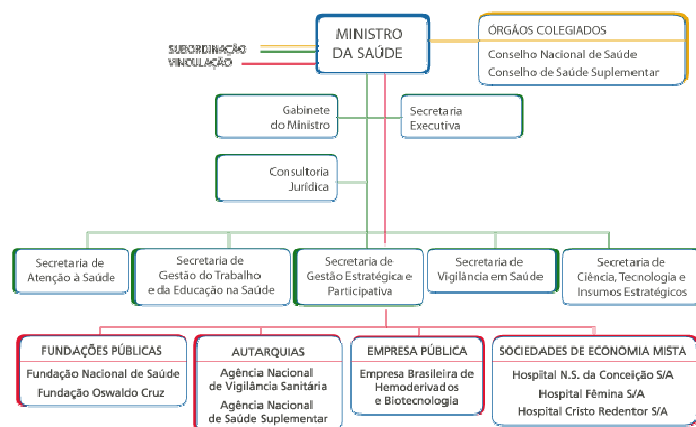
Ações e programas intersetoriais são implementadas pelas três instâncias de governo, tendo como instrumentos de formalização os contratos ou convênios. As ações de articulação intersetorial são asseguradas, na esfera federal, pela participação do MS em foros como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural - CNDR; o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA; o Conselho Gestor do Programa Bolsa Família – CGPBF; o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM; o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI; o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA; o Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS; o Conselho Nacional de Meio Ambiente - CONAMA e o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR.

Ministério da Saúde (MS)

No âmbito do MS as atribuições de condução do sistema de saúde são distribuídas entre cinco Secretarias finalísticas e uma Secretaria Executiva (SE), que é responsável por supervisionar e coordenar as atividades relacionadas com os sistemas federais de planejamento e de orçamento, de organização e modernização administrativa, de contabilidade, de administração financeira, de administração dos recursos de informação e informática, de recursos humanos e de serviços gerais, no âmbito do Ministério. Monitora, ainda, o gasto público com saúde, através do Sistema de Orçamento Público em Saúde – SIOPS.

Também a SE incumbe supervisionar e coordenar as atividades relacionadas aos sistemas internos de gestão e aos sistemas de informações relativos às atividades finalísticas do SUS, bem como as atividades do Fundo Nacional de Saúde (FNS), o Datasus e o Cartão SUS. Está ainda incumbida do fortalecimento da relação com estados e municípios na definição e implantação de programas. Exerce o papel de órgão setorial dos Sistemas de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, de Organização e Modernização Administrativa - SOMAD, de Administração dos Recursos de Informação e Informática - SISP, de Serviços Gerais - SISG, de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal e de Contabilidade Federal, por intermédio das Subsecretarias de Assuntos Administrativos e de Planejamento e Orçamento a ela subordinadas.

Figura 3: Estrutura organizacional básica do Ministério da Saúde



A Secretaria de Atenção à Saúde é formada pelos departamentos de Atenção Especializada; de Regulação, Avaliação e Controle; de Atenção Básica; e de Ações Programáticas Estratégicas, os quais são responsáveis pela formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada. É também responsável pela elaboração da política de regulação assistencial, acompanha e avalia a prestação de serviços assistenciais e define critérios para a sistematização e padronização das técnicas e procedimentos relativos às áreas de controle e avaliação, além de manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos tem como competência a formulação e implementação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Medicamentos, a qual inclui hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados. Estas políticas são articuladas e entrecruzadas para propiciar o estímulo ao desenvolvimento industrial, sendo traduzidas por ações de fomento à inovação e às pesquisas de interesse para o SUS e de estímulo ao desenvolvimento do complexo industrial em saúde.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETES) tem responsabilidade pelas ações destinadas a regular e promover a formação técnica, de graduação e de pós-graduação, em articulação com o Ministério da Educação - MEC e o processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde do SUS a partir das necessidades de saúde da população.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, por meio de seus dois departamentos (Departamento de Apoio à Gestão Participativa e Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS) tem dentre suas competências as de formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social; articular as ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica e participativa, com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde; formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS; realizar auditorias e fiscalizações no âmbito do SUS e coordenar a implantação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) é responsável pelas ações de vigilância epidemiológica e ambiental. Entre suas atribuições está a coordenação de todas as ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis, incluídos os programas nacionais de combate à dengue, à malária e outras doenças transmitidas por vetores, o Programa Nacional de Imunização e a vigilância de doenças emergentes. A SVS também agrega importantes programas nacionais de combate a doenças como tuberculose, hanseníase, hepatites virais, DST e Aids. Também é responsabilidade da SVS coordenar as ações do SUS na área de Vigilância Ambiental e de Vigilância de Agravos de Doenças não Transmissíveis e seus fatores de risco.

2.2.2. Condução da Política Nacional de Saúde

Os princípios e diretrizes que orientam a elaboração da Política Nacional de Saúde e a atenção à saúde prestada pelo SUS, estão definidos na Constituição Federal de 1988 e na legislação infraconstitucional específica (Leis nº 8080/90 e nº 8142/90). Dispositivos constitucionais determinam também que todas as ações do Governo Federal em geral sejam desenvolvidas com base em planos plurianuais, elaborados a cada quatro anos e aprovados pelo Congresso Nacional.

O Plano PluriAnual - PPA 2004-2007 define dezoito iniciativas prioritárias do Governo Federal envolvendo a área da saúde: 1. Segurança fitozoossanitária; 2. Investimento em ciência, tecnologia e inovação para promover a substituição competitiva de importações em áreas estratégicas; 3. Saneamento; 4. Farmácia popular; 5. Qualificação da atenção à saúde (Qualisus); 6. Monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS; 7. Regulamentação da Emenda Constitucional 29, que estabelece a vinculação de recursos para o SUS; 8. Saúde bucal (através do Programa Brasil Sorridente); 9. Saúde mental; 10. Saúde da mulher; 11. Controle da hanseníase e da tuberculose; 12. Transplantes de órgãos; 13. Serviço civil profissional em saúde; 14. Garantia de maior suficiência do SUS na produção de hemoderivados, imunobiológicos e fármacos; 15. Saúde indígena; 16. Aprovação do Plano Nacional de Saúde; 17. Qualificação da gestão e regionalização no SUS; e 18. Aprimoramento da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados.

Estão também definidos no PPA os seguintes critérios para o estabelecimento de ações estratégicas na área da saúde: (i) apresentar risco/impacto epidemiológico relevante; (ii) ser objeto de pactos e compromissos internacionais; (iii) atender populações estratégicas e em situações especiais de agravos; (iv) estar relacionada à descentralização/regionalização das ações do SUS; (v) envolver volume expressivo de recursos; e (vi) ser inédita, requerendo, por conseguinte, acompanhamento apurado de modo a promover os ajustes que eventualmente se façam necessários.

O Plano Nacional de Saúde – PNS⁶, foi debatido em seminários regionais, com a participação de diferentes atores e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2004. O documento explicita diretrizes para a ação do sistema no período 2004-2007, relacionadas a: a) reorganização das linhas de atenção à saúde, visando melhorar a qualidade e o acesso à integralidade da atenção e fortalecer a capacidade de regulação do sistema; b) condições de saúde, com um elenco de ações voltadas para a prevenção e controle de doenças de maior prevalência bem como o desenvolvimento de ações visando conferir a proteção adequada a grupos mais vulneráveis (saúde da mulher e da criança, jovens e adolescentes, idosos, populações negras e indígenas, pessoas portadoras de deficiências, trabalhadores, população prisional), além da expansão de ações em áreas estratégicas (saúde bucal, saúde mental, alimentação saudável, controle de doenças transmissíveis, vigilância ambiental); c) gestão em saúde, envolvendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção, sustentabilidade do financiamento, fortalecimento dos processos de participação social e de práticas de gestão participativa, fortalecimento das ações de monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros despendidos pelo SUS e fortalecimento da atuação internacional do SUS. O PNS também determina a elaboração de um Plano Nacional de Investimentos em Saúde, direcionado à obtenção de maior capacidade resolutiva da rede de serviços e à redução das desigualdades regionais.

Estados e municípios elaboram seus respectivos Planos de Saúde e os submetem aos Conselhos de Saúde correspondentes.

Foros e Mecanismos de Coordenação da Política

A implementação da política de saúde conta com foros e mecanismos colegiados por meio dos quais se realizam as negociações entre gestores das três esferas de governo visando harmonizar as diferentes visões e atender às especificidades loco-regionais. Os gestores se

⁶ Portaria MS/GM Nº 2.607, de 10 de Dezembro de 2004, Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil.

reúnem na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, em âmbito nacional, e nas Comissões Intergestores Bipartites - CIB, existentes em cada um dos estados.

O Pacto pela Saúde reúne um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e tem o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. Entre as prioridades definidas em 2006 estão a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras.

As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica; Média e Alta Complexidade da Assistência; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo o mecanismo anteriormente utilizado de incentivos específicos, que fragmentava o financiamento em mais de cem rubricas.

O Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. São seis as prioridades pactuadas: 1. Saúde do Idoso; 2. Controle do câncer do colo do útero e da mama; 3. Redução da mortalidade infantil e materna; 4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; 5. Promoção da Saúde; 6. Fortalecimento da Atenção Básica. O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. O Pacto em Defesa do SUS se relaciona ao compromisso entre os gestores com vistas a: a) consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal; e b) ao desenvolvimento e articulação de ações, nos respectivos âmbitos de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. O documento de Diretrizes Operacionais foi pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006, formalizado pela Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentado pela Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006. Temas específicos serão objeto de regulamentos complementares, também decorrentes de negociação entre os gestores.

Mecanismos de Monitoramento, Controle e Avaliação

As ações de monitoramento, avaliação, fiscalização e controle do sistema de saúde são realizadas por um conjunto de órgãos, internos e externos. O monitoramento de políticas e programas é efetuado pelas unidades responsáveis pela formulação e coordenação dos mesmos. A Secretaria de Atenção à Saúde desenvolve mecanismos de controle e avaliação dos serviços de atenção básica e de atenção especializada e mantém um programa nacional de avaliação de serviços de saúde - PNASS. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa tem a responsabilidade de formular e coordenar a Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. O MS, através da Secretaria Executiva formulou política de avaliação regular de desempenho do sistema de saúde no país, que deverá ser implementada a partir de 2007, envolvendo no processo as três esferas de governo.

O Sistema Nacional de Auditoria, operando nos três níveis de gestão do SUS, é responsável pela supervisão, avaliação e controle da ação setorial finalística, com atribuições relacionadas às esferas de governo a que se vinculam. A supervisão e controle dos gastos em saúde, no nível federal, é atribuição simultânea da Secretaria de Controle Interno do MS (CISSET), vinculada à Secretaria Federal de Controle do Ministério da Fazenda, e do Tribunal de

Contas da União, órgão vinculado ao Poder Legislativo, responsável pelo controle externo. Na esfera estadual, os Tribunais de Contas do Estado exercem esse papel e, nos municípios, atuam os Conselhos de Contas Municipais.

O Ministério do Planejamento e Orçamento - MPO realiza o acompanhamento e avaliação de desempenho dos programas incluídos entre as prioridades do PPA. O Ministério Público, que tem entre suas funções a de zelar pelo "*efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados*",⁷ acompanha, fiscaliza e apura denúncias relativas à compatibilidade das ações e serviços desenvolvidos com os dispositivos constitucionais e legais, bem como a legalidade dos gastos realizados pelo sistema público de saúde".

Os Conselhos e Conferências de Saúde atuam, em cada uma das esferas de governo, como instâncias de participação no processo decisório e de controle social, cabendo aos primeiros a aprovação dos planos, orçamentos e políticas de saúde e o acompanhamento sistemático das ações e gastos realizados. As conferências, por sua vez, são foros que se reúnem a cada quatro anos em âmbito nacional (e com periodicidade variável em âmbito estadual e municipal), com ampla participação de todos os segmentos, incumbidos de estabelecer diretrizes para a política de saúde.

Sistemas de Informações

O SUS conta com diversos sistemas de informação que permitem o acompanhamento da situação epidemiológica e de produção de serviços pelo sistema. O MS é o coordenador nacional desses sistemas. As informações são disponibilizadas aos gestores e à população pela Internet. Os dados são oferecidos de forma agregada por meio de programas que permitem tabulações e protegem a privacidade das informações. Os sistemas de informações sobre execução orçamentária – SIAFI e SIDOR, em âmbito federal - são vinculados ao MPO e ao Ministério da Fazenda. O MPO opera também um sistema de informações sobre servidores públicos federais.

Quadro 1: Principais sistemas de informações e bases de dados em saúde

Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Registra as ações e serviços de atenção básica realizados pelo Programa Saúde da Família - PSF. Utiliza três formulários para entrada de dados, um para cadastramento familiar e condições de moradia, outro para as informações de saúde e o último com informações de produção e marcadores para avaliação.

Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Gera informações mensais sobre serviços hospitalares prestados pelo SUS. Inclui entre outros, dados sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, a causa da internação, os procedimentos realizados, o tempo médio de permanência do paciente no hospital, segundo município e estado. Suas informações podem ser desagregadas por sexo, idade, localidade de atendimento e de residência do usuário.

Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI). Disponibiliza informações sobre a produção de serviços ambulatoriais no SUS. Permite desagregações segundo região, a natureza da prestação, o tipo de estabelecimento responsável e os gastos realizados.

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Registra informações sobre mortalidade a partir da Declaração de Óbito - DO, coletada pelas secretarias estaduais de saúde, que contem informações sobre local e causa do óbito e caracterização da pessoa falecida (sexo, idade, cor, local de residência).

Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Oferece informações sobre nascidos vivos de importância para análise epidemiológica, estatística e demográfica, com suas características mais importantes, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, pré-natal e peso ao nascer, entre outras. A operacionalização do sistema é baseada em documento-padrão, a declaração de nascimento - DN.

Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SIPNI). Contém registro dos imunobiológicos aplicados e população vacinada, por faixa etária, em determinado período de tempo, em

⁷ As ações e serviços de saúde são de relevância pública (CF, art 197).

uma área geográfica. O SIPNI é formado por dois subsistemas: Subsistema de Avaliação do Programa de Imunizações - API, que fornece informações sobre a cobertura vacinal (em rotina e em campanhas), taxa de abandono e controle do envio de boletins de imunização, e que pode ser utilizado nos níveis federal, estadual, regional e municipal; e Subsistema de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos - EDI, que controla o estoque e a distribuição dos imunobiológicos em âmbito estadual e federal.

Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Efetua o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação obrigatória em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade. É o principal instrumento de coleta de dados das doenças de notificação compulsória e outros agravos. Instituído em 1996, seu objetivo é dotar municípios e estados de uma infraestrutura tecnológica básica para a transferência de informações.

Sistema de Informações sobre o Pré-Natal (SIS PRÉ-NATAL). É um sistema informatizado, desenvolvido e disponibilizado pelo DATASUS, para ser utilizado pelos municípios que aderirem ao programa de humanização no pré-natal e nascimento, sendo de utilização obrigatória para esses municípios. Possibilita o monitoramento do programa pelos gestores do SUS, a partir do acompanhamento de cada gestante.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS). Organiza e executa a coleta, o processamento e a divulgação de informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo. Permite o acompanhamento do cumprimento da emenda constitucional 29/2000, que trata da vinculação de recursos às ações e serviços públicos de saúde.

Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (GESCON). Sistema informatizado para gerenciamento dos convênios firmados pelo Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para disponibilizar recursos para ações de saúde financiadas por meio de transferências negociadas.

Os sistemas institucionais vêm experimentando nos últimos anos grande aperfeiçoamento e crescentes graus de confiabilidade, embora subsistam ainda diferenças entre os estados sob este aspecto.

O Ministério da Saúde coordena ainda a **Rede Nacional de Informações em Saúde - RNIS**, rede integrada, na Internet, para prover acesso e intercâmbio de informações em saúde para gestão, planejamento e pesquisa para gestores, agentes e usuários do SUS e promover a Capacitação do Profissional de Informações e Informática em Saúde.

Em ação conjunta com a Representação da OPAS/OMS no Brasil, o Ministério da Saúde, desenvolve estratégia de articulação interinstitucional com a criação de uma **Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSA**. Essa rede tem como propósito a disponibilização adequada, oportuna e abrangente de dados básicos, indicadores e análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências no país, com vistas ao aperfeiçoamento da capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e de vida da população.

Integram a RIPSA entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados (produtores de informações estrito senso, gestores do sistema de saúde e unidades de ciência e tecnologia). Informações demográficas são de responsabilidade do IBGE, vinculado ao MPO.

Além dos sistemas próprios do SUS, estão também disponíveis informações geradas por sistemas operados por outros órgãos governamentais. Os principais são:

- **Sistema de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI**

É o principal instrumento de administração orçamentária e financeira da União. Administrado pelo Ministério da Fazenda, encontra-se ligado a todos os órgãos da Administração Direta, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista e Órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário. Por meio do SIAFI são obtidas informações sobre execução do orçamento e administração financeira, que compõem a demonstração das Contas apresentadas ao Congresso Nacional.

- **Pesquisas Realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**

Possibilitam, periodicamente, elementos sobre condições de acesso a serviços de saúde para o conjunto da população e sobre o gasto familiar com saúde, bem como sobre a constituição da rede de serviços de saúde no país. As mais importantes são:

- o **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS:** abrange a oferta de serviços de saúde públicos e privados (características dos estabelecimentos, equipamentos, recursos humanos, capacidade de produção).
- o **Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD** – pesquisa domiciliar, por amostragem, que se constitui na principal fonte de informações sobre acesso da população a ações e serviços de saúde e sobre a cobertura dos sistemas público e privado. A PNAD produz regularmente informações anuais sobre condições de vida, moradia, acesso a serviços de saneamento básico, emprego e renda. Os suplementos de saúde têm sido produzidos a cada cinco anos, embora a periodicidade ainda não esteja formalmente definida.
- o **Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF:** pesquisa domiciliar, de periodicidade não definida, que capta informações sobre gastos domiciliares. É a principal fonte de informações sobre gasto privado com saúde.

2.2.3. Regulação Setorial

O SUS, sob coordenação do MS, desenvolve Política de Regulação que contempla, para regulamentação, fiscalização e controle, toda a produção de bens e serviços no setor saúde.

Atenção à saúde no SUS

No âmbito da atenção pública à saúde, a regulação é compreendida como uma função da gestão que envolve a atuação sobre a produção direta de ações de saúde, ambulatorial e hospitalar, nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) e sobre o acesso dos usuários a estes três níveis de assistência. A estratégia para regular a oferta e a demanda de serviços de saúde é a constituição de Complexos Reguladores, que consiste na organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência (Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais), de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde às necessidades reais em saúde⁸.

Um exemplo de ação regulatória no âmbito do SUS é o estabelecimento pelo MS, após consulta pública, de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para inúmeras patologias que exigem a prescrição de medicamentos/tratamentos de alto custo. Estão também disponíveis, protocolos de tratamento padronizado no nível básico de atenção para algumas patologias mais frequentes e/ou de maior importância epidemiológica. Os programas de Hipertensão Arterial, Diabetes, AIDS e Tuberculose, por exemplo, têm rotinas de tratamento bem estabelecidas. No nível hospitalar, algumas unidades hospitalares, especialmente as universitárias, vem implementando outros protocolos, mas estes ainda não estão disseminados pelas demais unidades do SUS.

Exercício Profissional

Legislar sobre as condições de exercício profissional em geral é competência privativa da União (CF art 22, XVI). O controle do exercício profissional nas diversas carreiras de saúde é atribuição dos respectivos *conselhos profissionais*, entidades públicas não-estatais, criadas por lei e com autonomia para supervisionar aspectos éticos e legais do exercício dos profissionais

⁸ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Secretaria de gestão do Trabalho e da educação na Saúde. *Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da Atenção à Saúde do SUS: Noções básicas sobre os processos de apoio à gestão no âmbito da atenção à saúde*. 1ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.350 p.: Série Cadernos da SAS.

de cada categoria, em todo o território nacional. A autorização para entrada em exercício profissional exige a apresentação do diploma de conclusão do curso expedido por universidade ou escola técnica reconhecida pelo sistema educacional. A inscrição no Conselho deve ser renovada anualmente.

Planos e Seguros de saúde (sistemas privados de pré pagamento)

Atribuição privativa da União, a assistência prestada por planos e seguros privados de saúde está sujeita, desde 1998, a critérios de regulação, normatização, controle e fiscalização, dispostos em legislação específica⁹ que estabelece a oferta mínima de serviços, limita dispositivos utilizados para descontinuar a assistência e reduz variações no valor das prestações por faixa etária.

Essa legislação alcança dois grandes segmentos da chamada Saúde Suplementar: I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros; e II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

A supervisão e regulação do subsistema privado de planos e seguros de saúde é responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, criada pela Lei Nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000. A ANS monitora a evolução de preços de planos privados, seus prestadores e insumos, autoriza processos de cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle acionário, e realiza a articulação com os órgãos de defesa do consumidor¹⁰.

Após o início da regulação estatal, importantes alterações ocorreram no setor, com impacto sobre a dinâmica da indústria de planos privados de assistência à saúde e as estratégias competitivas. Estudo recente mostrou, com base em informações do Cadastro Nacional de Operadoras da ANS, uma redução de 17%, entre 2000 e 2003, no número de empresas de Medicina de Grupo e de 23% no de Autogestão. No mesmo período, o número de seguradoras cadastradas aumentou de 4 para 14 e o de Administradoras de 28 para 37 (32%).

Produtos e serviços de interesse para a saúde

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA¹¹, agência reguladora caracterizada pela autonomia administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira, foi criada em 1999. Vinculada ao MS mediante Contrato de Gestão, é dirigida por uma Diretoria Colegiada, composta por cinco membros. A ANVISA tem como finalidade institucional promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Exerce também o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária.

Entre suas atribuições encontram-se as de: *coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária; conceder registros de produtos, segundo as normas de sua área de atuação; conceder e cancelar o certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação; interditar, como medida de vigilância sanitária, os locais de fabricação, controle, importação, armazenamento, distribuição e venda de produtos e de prestação de serviços relativos à saúde, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde; proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em*

⁹ República Federativa do Brasil. Lei N.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e Medida Provisória N.º 1.665, que compõem o marco legal da regulamentação dos planos privados.

¹⁰ Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Informação disponível em www.ans.gov.br.

¹¹ Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde; monitorar a evolução dos preços de medicamentos, equipamentos, componentes, insumos e serviços de saúde; estabelecer, coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica; promover a revisão e atualização periódica da farmacopéia.

Tendo como incumbência a regulamentação, o controle e a fiscalização de produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, a ANVISA submete ao controle e fiscalização sanitária todos os medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias. O registro de medicamentos e a farmacovigilância operam com o apoio de uma Câmara Técnica de Medicamentos – CATEME, órgão de caráter consultivo composto por especialistas sem vínculo com a indústria farmacêutica, responsável pela análise dos processos de registros de novos medicamentos no país e pelo apoio à definição de diretrizes para julgamento dos processos.

A regulação de preços dos medicamentos é responsabilidade da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED¹², composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Justiça, Fazenda e Casa Civil. A CMED tem, entre suas principais funções, a regulação do mercado e o estabelecimento de critérios para a definição e ajuste de preços - inclusive para novas apresentações de medicamentos. A Medida Provisória 123, que cria a CMED, também estabelece o reajuste anual de preços para os medicamentos a partir de 2004. Os reajustes são limitados a um teto, definido com base em três critérios: (i) Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (ii) um fator de produtividade e (iii) um fator de ajuste de preços relativos intra e intersetoriais.

Os processos de registro, controle e rotulagem de alimentos, bem como os padrões de identidade e qualidade dos produtos, são estabelecidos em legislação federal que atribui responsabilidades específicas aos setores de saúde e de agricultura. No setor saúde, as atividades de inspeção sanitária são descentralizadas para os governos estaduais e municipais, que participam da análise técnica dos processos de registro dos produtos. O Ministério da Agricultura centraliza o registro e a inspeção industrial de produtos de origem animal, bebidas, pesticidas e drogas de uso veterinário. Os produtos agrícolas para exportação são submetidos à fiscalização direta do governo federal. Os setores de saúde e de agricultura possuem redes próprias de laboratórios de apoio às ações de controle dos alimentos.

A política ambiental brasileira está fundamentada em legislação específica¹³ e na Constituição de 1998, que estabelecem o Sistema Nacional do Meio Ambiente, tendo como instância consultiva e deliberativa o Conselho Nacional do Meio Ambiente e, como órgão executivo, o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis¹⁴.

2.2.4. Desenvolvimento das Funções Essenciais de Saúde Pública – FESP

Em 2004 teve início um processo de discussão da Iniciativa Saúde Pública nas Américas, focalizando o sistema de saúde brasileiro, descentralizado, que resultou numa adaptação do instrumento desenvolvido pela OPAS para medir o desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP). Essa Iniciativa tem como objetivos gerais a promoção de um conceito comum da saúde pública e suas funções essenciais nas Américas; a criação de um esquema para a avaliação do desempenho das FESP aplicável a todos os países americanos; e a avaliação da prática de saúde pública em cada país, baseando-se na avaliação do desempenho das FESP. As FESP têm sido definidas como condições básicas que permitem um melhor desempenho da prática de saúde pública. O instrumento da OPAS visa a definição dos indicadores e padrões para permitir que a prática de saúde pública se fortaleça através do reforço das capacidades necessárias, a partir do pressuposto de que “*se as funções são bem definidas para incluir todas as capacidades requeridas para uma boa prática de saúde pública, estará assegurado o bom funcionamento em cada um dos campos de ação ou áreas de trabalho da saúde pública*”.

¹² A CMED foi criada pela Medida Provisória 123, de 26 de junho de 2003. O Decreto nº 4.766, de 26 de junho de 2003, regulamenta a criação, as competências e o funcionamento da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED.

¹³ República Federativa do Brasil. Lei Nº 6.938, de 1981.

¹⁴ Ministério do Meio Ambiente. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Mais informações estão disponíveis em www.ibama.gov.br.

Quadro 2: Lista de FESP adaptadas ao contexto do Brasil

FESP 1	Monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde
FESP 2	Vigilância, investigação e controle riscos e danos à saúde
FESP 3	Promoção da saúde
FESP 4	Participação social em saúde
FESP 5	Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde
FESP 6	Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde
FESP 7	Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde
FESP 8	Administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde
FESP 9	Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde
FESP 10	Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde
FESP 11	Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde

O instrumento foi adequado aos princípios, diretrizes, estrutura legal e organizacional do SUS e, mais especificamente, à realidade da gestão estadual do SUS. Para responder à diversidade das situações regionais, os parâmetros são estabelecidos em cada estado, não sendo utilizados parâmetros nacionais.

Nos últimos dois anos, nove Secretarias Estaduais de Saúde já participaram da oficina de medição das FESP, com duração de três dias. Os resultados preliminares apontam que entre as 11 Funções Essenciais avaliadas, FESPs 7, 8 e 9 obtiveram a pior avaliação na maioria dos Estados enquanto as Funções 5 e 11 obtiveram o melhor desempenho nos seis Estados.¹⁵

2.3. Financiamento, Gasto e Alocação de Recursos

O financiamento do sistema de saúde brasileiro é misto, no qual coexistem fontes de recursos públicas e privadas. O financiamento público responde por cerca de 48% do gasto total em saúde, tendo origem em impostos gerais das três esferas de governo e em contribuições sociais (federais). A participação da União no financiamento do SUS correspondeu em 2004, a pouco mais de 50% do total destinado ao sistema público; estados contribuem com cerca de 27% e municípios com 23%. Em 2006 o orçamento do Ministério da Saúde foi de R\$ 44,3 bilhões de reais e em 2007 deve aproximar-se de R\$46,8 bilhões. Cerca de metade desses recursos são transferidos a estados e municípios. A outra metade atende as despesas do MS inclusive com suas entidades vinculadas (INCA, GHC, FIOCRUZ) e com os hospitais sob sua administração direta.

O financiamento privado provém das empresas e das famílias. O gasto das empresas destina-se, na sua quase totalidade, ao custeio, geralmente parcial, de seguros ou planos de saúde para seus empregados e dependentes (*fringe benefits*). O gasto das famílias está concentrado nas faixas de renda mais elevadas: os 30% mais ricos eram responsáveis, em 1996, por 68% do gasto familiar com saúde enquanto os 30% mais pobres respondiam por apenas 7% do gasto das famílias¹⁶.

Como o Brasil não tem ainda um sistema de contas nacionais em saúde, não existem dados seguros sobre o gasto total (público e privado) com saúde dentro de critérios internacionalmente comparáveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou, no entanto, que o gasto total com saúde no Brasil em 2004, equivaleria a 7,7% do PIB, que o gasto público representaria cerca de 3,4% do PIB e que o gasto das famílias corresponderia a cerca de 64% do gasto privado (OMS¹⁷).

Se comparado ao gasto público de outros países que mantêm sistemas públicos de acesso universal fica evidenciada a insuficiência do aporte governamental para o sistema de saúde no Brasil: nesses países, o gasto público em saúde representa, em média, 7,3% do PIB oscilando entre o mínimo de 5,5% e o máximo de 12,7%.

¹⁵ CONASS e OPS/OMS. A Gestão da Saúde nos Estados: Avaliação e Fortalecimento das Funções Essenciais. Brasília: CONASS, 2007.

¹⁶ IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995/1996.

¹⁷ Web site da OMS: <http://www.who.int/nha/country/BRA-S.pdf>.

Tabela 6: Gasto Federal em Saúde por Subsetor/Função, Brasil, 2005/2006

Programa	R\$ Dez. 2006	
	2005	2006
Atenção hospitalar e ambulatorial	7,19	6,54
Atenção básica em saúde	51,61	70,91
Vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária	60,06	45,03
Vigilância prevenção e controle de doenças	3,84	3,26
Atenção especializada em saúde	9,73	6,32
Outros programas	7,54	3,62
Orçamento do MS	44,86	46,21

Fonte: DISOC/IPEA – SIAFI/SIDOR

O Pacto pela Saúde¹⁸ introduziu mudanças importantes nas formas de transferência de recursos a estados e municípios, agrupando os recursos de custeio transferidos em cinco Blocos de Financiamento: a) Bloco da Atenção Básica; b) Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; c) Bloco da Vigilância em Saúde; d) Bloco da Assistência Farmacêutica; e) Bloco de Gestão. As novas regras foram regulamentadas pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, para o financiamento de ações próprias do bloco, observados os atos normativos específicos. Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica, entretanto, têm regras diferenciadas, devendo ser movimentados em contas específicas para cada componente do bloco e destinados exclusivamente às ações do respectivo componente. O mesmo ocorre com recursos federais que sejam provenientes de acordos de empréstimos internacionais.

Bloco de Atenção Básica¹⁹

O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes: I - Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo; e II - Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB) Variável.

O Componente PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do FNS aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios. Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da FUNASA, incorporados ao Componente PAB Fixo, podem ser aplicados no financiamento destas unidades.

Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do FNS aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações, que devem constar dos respectivos Planos de Saúde. Essas transferências são destinadas ao financiamento de áreas estratégicas no âmbito da atenção básica em saúde. Entre elas se incluem: I - Saúde da Família; II - Agentes Comunitários de Saúde; III - Saúde Bucal; IV - Compensação de especificidades regionais (5% do valor mínimo do PAB Fixo); V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

¹⁸ Portaria MS/GM 399, de fevereiro de 2006.

¹⁹ O financiamento referente ao bloco da Atenção Básica está regulamentado pelas Portarias GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006; n. 649, de 28 de março de 2006; n. 650, de 28 de março de 2006; n. 822, de 17 de abril de 2006; n. 847, de 02 de junho de 2005 e Portaria interministerial n. 1.777, de 09 de setembro de 2003.

Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Este bloco tem dois componentes: I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); e II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

O Componente MAC dos estados, Distrito Federal e municípios, é destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. Incorpora ainda os recursos destinados a I - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps); VII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (Iapi); VII - Incentivo de Integração do SUS (Integrassus).

O Componente FAEC é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens: I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); II - transplantes e procedimentos vinculados; III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido (como, por exemplo, o Projeto de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade); e IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao MAC.

Bloco de Vigilância em Saúde

Os recursos que compõem o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos estados representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e da Vigilância Sanitária²⁰. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes, podendo os recursos de um componente serem utilizados em ações do outro componente, desde que estejam previstos na Programação Pactuada e Integrada e orientados pelo respectivo Plano de Saúde: I - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e II - Componente da Vigilância Sanitária.

O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) e também pelos seguintes incentivos: I - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar; II - Laboratórios de Saúde Pública; III - Atividade de Promoção à Saúde; IV - Registro de Câncer de Base Populacional; V - Serviço de Verificação de Óbito; VI - Campanhas de Vacinação; VII - Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*; VIII - Contratação dos Agentes de Campo; IX - DST/Aids. Serão incorporados ao Bloco os recursos da Vigilância Sanitária destinados a ações de apoio laboratorial.

No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estarão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados a: I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios (Vigisus II); e II - programa DST/Aids.

O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado de Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA).

Assistência Farmacêutica

O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II - Componente

²⁰ O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Vigilância em Saúde está definido na Portaria GM/MS n. 2.473, de 29 de dezembro de 2003; Portaria GM/MS n. 1.172, de 15 de junho de 2004; Portaria GM/MS n. 2.529, de 23 de novembro de 2004; Portaria GM/MS n. 2.607, de 28 de dezembro de 2005; Portaria 2.608, de 28 de dezembro de 2005; e na Portaria GM/MS n. 2.606 de 28 de dezembro de 2005.

Estratégico da Assistência Farmacêutica; e III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional - CMDE (alto custo/alta complexidade).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica. É composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

A Parte Financeira Fixa consiste em um valor *per capita*, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos estados, Distrito Federal e/ou aos municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite. Os gestores estaduais e municipais devem complementar o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, com contrapartida em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores *per capita*, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Esses recursos devem ser descentralizados para estados, Distrito Federal ou municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite. Parte dos recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderá ser executada centralizadamente pelo Ministério da Saúde (como ocorre com a Insulina Humana) ou descentralizados aos estados, Distrito Federal e municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde classificados como estratégicos: I - controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; II - anti-retrovirais do programa DST/Aids; III - sangue e hemoderivados; e IV - imunobiológicos.

O CMDE destina-se ao financiamento da aquisição e distribuição do grupo de medicamentos destinados a patologias crônicas e/ou a tratamentos de longa duração e alto custo, conforme critérios estabelecidos em portaria específica. O financiamento para aquisição dos medicamentos do CMDE é responsabilidade do Ministério da Saúde e dos estados, conforme pactuação na CIT.

Gestão do SUS

O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuam para a organização e eficiência do sistema. É constituído de dois componentes: I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

Monitoramento e controle dos recursos financeiros

Os recursos repassados pelo FNS aos fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, têm sua aplicação comprovada junto ao Ministério da Saúde por meio de Relatório de Gestão²¹, elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Esse documento é analisado pelos órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência, e indicar a necessidade de realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA.

O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento, ocorre mediante o uso de instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos entes subnacionais a prestação de informações de forma regular e sistemática. É vedada a utilização dos recursos referentes aos blocos da Atenção Básica,

²¹ Portaria GM/MS n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e de Gestão do SUS, para pagamento de: I - servidores inativos; II - servidores ativos, exceto aqueles contratados para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco; III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco; IV - pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou estado; e V - obras, exceto reformas e adequações. A não conformidade com as regras de utilização dos recursos transferidos, bem como dos compromissos pactuados, poderá acarretar a suspensão das transferências.

O MS instituiu, em fevereiro de 2006, diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS. Por esse instrumento, o gestor poderá complementar a oferta contratando serviços privados de assistência à saúde quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e, comprovada e justificada a necessidade por meio de Plano Operativo da rede própria. Com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos o instrumento deverá ser o convênio, que confere a tais entidades a condição de parceiras do Poder Público. Em contrapartida, as mesmas deverão assegurar a utilização pelo SUS de, no mínimo, 60% da respectiva capacidade, incluídos os equipamentos médico-hospitalares. A utilização desses equipamentos para atender clientela particular, incluída a proveniente de convênios com entidades privadas, somente será permitida depois de esgotada a sua utilização pelos pacientes do SUS.

2.4. Provisão de Serviços

2.4.1. Oferta e Demanda de Serviços de Saúde

O acesso a serviços de saúde está assegurado à ampla maioria da população brasileira. Dados de pesquisa domiciliar²² indicam que 98% das pessoas que informaram ter procurado algum serviço de saúde no período de referência disseram ter conseguido atendimento quando o buscaram. Esse percentual é ligeiramente inferior para a população com renda até um salário mínimo (97%) e um pouco superior na faixa de renda acima de 20 salários mínimos (99,5%).

A organização da rede pública de serviços de saúde no Brasil se caracteriza pela forte presença dos estabelecimentos privados na oferta de serviços hospitalares e de apoio ao diagnóstico e terapia e, simultaneamente, pela marcante presença dos estabelecimentos públicos na oferta de ações e serviços de saúde pública e na atenção ambulatorial.

Segundo a pesquisa Assistência Médica e Sanitária - AMS²³, realizada pelo IBGE em 2005, existiam no país 77.004 estabelecimentos de saúde, dos quais 70,4% eram públicos. Em 1976 apenas 18,1% dos estabelecimentos com internação eram públicos (81,9% dos estabelecimentos com internação existentes no país eram privados); em 2005, 38,1% (2.727) dos estabelecimentos com internação eram públicos e 74,6% dos estabelecimentos sem internação são públicos. O sistema público é integrado ao todo por 59.177 estabelecimentos de saúde; destes, 47.110 (79,6%) prestam atendimento ambulatorial.

²² IBGE. PNAD 2003, Suplemento Saúde.

²³ IBGE, AMS 2005.

Tabela 7: Número de estabelecimentos de Saúde segundo Regiões, Brasil, 1985-2005

Grandes Regiões	Estabelecimentos de saúde				
	1985	1992	1999	2002	2005
Brasil	28.972	49.676	56.133	65.343	77.004
Norte	1.722	3.513	4.645	5.137	5.528
Nordeste	9.174	13.106	16.265	18.912	22.834
Sudeste	10.977	19.717	21.483	24.412	28.371
Sul	5.221	10.012	9.819	11.757	13.113
Centro-Oeste	1.878	3.328	3.921	5.125	7.158

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1999, 2002 e 2005.

Dos estabelecimentos sem internação privados, apenas 24% prestavam serviços ao SUS e 64% destes ofereciam serviços especializados; também eram privados 96% dos estabelecimentos sem internação que dispunham de equipamentos de hemodiálise.

A rede municipal assegura a atenção básica e parte da atenção de média complexidade. Essa rede é constituída por pequenas unidades de saúde (centros e postos de saúde). Segundo a AMS, dentre os estabelecimentos sem internação, 60,6% são públicos e 59,4% só oferecem atendimento em áreas básicas. A capacidade instalada em termos de aparelhagem é limitada: apenas 11,6% e 7,7% dos estabelecimentos sem internação têm, respectivamente, ultra-som e raio X simples.

O país dispunha, em 2005, de 443.210 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Destes, apenas 34% pertenciam a instituições públicas; 294.244 eram privados. Contudo, o SUS disponibiliza para o atendimento à população, além dos leitos públicos, 82% do total de leitos privados. Vale dizer que perto de 88% dos leitos existentes no país estão credenciados para utilização pelo sistema público universal. A atenção hospitalar do SUS realizou em 2005 cerca de 13 milhões de internações, com a permanência média de 5,9 dias²⁴.

Tabela 8: Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, Brasil, 1976-2005

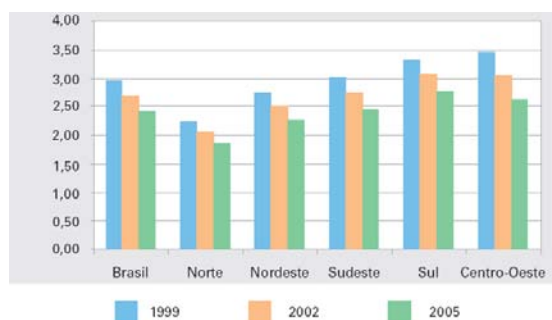
Ano	Total	Entidade Mantenedora			
		Público	%	Privado	%
1976	443.888	119.062	27	324.826	73
1986	512.346	114.548	22	397.798	78
1992	544.357	135.080	25	409.277	75
2002	471.171	146.319	31	324.852	69
2005	443.210	148.966	34	294.244	66

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1999, 2002 e 2005

Embora tenha havido melhoria na distribuição espacial do número de leitos no país entre 1999 e 2005, há expressiva diferença entre as regiões quanto ao porte e capacidade tecnológica dos hospitais. No Norte e Nordeste predominam estabelecimentos de menos de 50 leitos, menos equipados e com corpo clínico menos diversificado, enquanto as regiões Sudeste e Sul concentram estabelecimentos de maior porte e complexidade, com mais Centros de Terapia Intensiva.

²⁴ MS/DATASUS.

Gráfico 3: Número de leitos por mil habitantes em estabelecimentos de saúde, segundo regiões, Brasil, 1999-2005



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1999/2005.

Os dados mais recentes²⁵ para o conjunto da população indicam que, em 2003, o número de consultas médicas *per capita* foi de 2,4 consultas/ano; na área rural a taxa cai para 1,8 consultas/ano. As maiores dificuldades de acesso estão localizadas na região Norte, devido à oferta insuficiente e à dispersão da população. A atenção à saúde bucal é identificada, na mesma pesquisa, como a principal área crítica: 22% da população entre 5 e 19 anos nunca teve acesso a tratamento odontológico. No sistema público, 63% dos procedimentos ambulatoriais produzidos são relacionados à Atenção Básica. Na região Norte, esse percentual é de 72%.

A atenção ambulatorial no SUS é classificada em: *atenção básica*, que inclui medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, além da assistência em especialidades básicas e controle de doenças; *atenção especializada (média complexidade)*, envolvendo profissionais especialistas; e *atenção de alta complexidade*, baseada no uso de equipamentos ou tecnologias mais complexas.

O fortalecimento da atenção básica foi estimulado, a partir de meados da década dos noventa, como estratégia para reduzir a desigualdade de acesso e estimular a reorientação do modelo de atenção à saúde, antes excessivamente centrado na atenção hospitalar. Os mais importantes mecanismos utilizados para expansão da cobertura e redução das desigualdades inter-regionais foram o PAB, um mecanismo de repasse de recursos com base *per-capita* e o Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF oferece atenção à saúde a uma população definida, em território determinado, mediante adscrição de clientela a uma equipe multiprofissional, composta por pelo menos médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas). Cada equipe de saúde da família deve ser responsável pelo acompanhamento de cerca de 1.000 famílias. A preparação dos profissionais é realizada por pólos de capacitação, formação e educação implantados em todas as regiões do país, e inclui o estímulo à promoção de ações intersetoriais com o objetivo de intervir sobre as condições de produção da saúde.

Em 2005, o programa, criado em 1993 já estava sendo implementado em 4.986 municípios, com 24.600 equipes atuando e oferecendo cobertura a 44% da população do país (78 milhões de pessoas). Em 3.995 municípios havia ainda 13.133 equipes de Saúde Bucal operando (Programa Brasil Sorridente), oferecendo cobertura a 35% da população brasileira. A estratégia mobiliza também 208 mil agentes comunitários de saúde, em 5.200 municípios. Foram destinados, em 2005, pelo MS, R\$ 2,7 bilhões de reais para a estratégia de Saúde da Família destinados a financiar até 60% do custeio das equipes e apoiar os programas de capacitação das mesmas. O Programa tem mecanismos diferenciados para as áreas mais pobres e de população mais rarefeita, especialmente a zona rural da Amazônia Legal e municípios com menos de trinta mil habitantes e IDH igual ou menor que 0,7 nas demais regiões. Para essas áreas há um acréscimo de 50% nos valores dos incentivos para o PSF e para as equipes de Saúde Bucal.

O Sistema Nacional de Transplantes está presente em 22 estados da federação, com 540 estabelecimentos de saúde e 1.338 equipes médicas autorizados pelo SNT a realizar

²⁵ IBGE, PNAD Saúde 2003.

transplantes. A rede pública é responsável pela maior parte dos procedimentos dessa natureza realizados no país. Além das centrais estaduais, existem 8 centrais regionais, localizadas nos estados do Paraná e Minas Gerais. No Estado de São Paulo as tarefas relativas à captação de órgãos foram delegadas a 10 hospitais públicos universitários, denominados de OPO's - Organização de Procura de Órgãos. No ano de 2005 foram pagos pelo SUS onze mil transplantes de órgãos e tecidos. Os gastos com procedimentos por meio do Sistema Nacional de Transplantes corresponderam a mais de R\$ 450 milhões em 2005 ou 1,3 % do gasto total do MS com ações e serviços de saúde.

Vem sendo implantado desde 2003 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192), principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências do SUS. Já foram habilitados pelo Ministério da Saúde 114 serviços desse tipo, que já estão operando em 926 municípios, cobrindo, em todas as regiões, 92,7 milhões de pessoas. O serviço funciona 24 horas por dia, com equipes que incluem médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem urgências e emergências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. Estima-se que o sistema absorva cerca de 25 mil profissionais de saúde. Adaptando-se às especificidades regionais o SAMU vem incluindo, na Região Norte, além de ambulâncias convencionais, lanchas ("ambulanchas"), as quais além do equipamento padrão, contam para atender à população ribeirinha, com oxímetros e desfibriladores, utilizados em emergências cardiológicas, além de aspirador, respirador e incubadora neo-natal.

As ações de saneamento básico são de responsabilidade dos governos municipais, mas, na maioria das localidades, os serviços são prestados por companhias estaduais de saneamento. O governo federal tem função preponderante no financiamento do sistema, aportando recursos do orçamento regular e de linhas de crédito derivadas de contribuições para o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), por parte de empregadores e trabalhadores. O sistema de saúde realiza também ações de saneamento básico em áreas rurais e em pequenas localidades, na maior parte das vezes associadas ao controle de vetores, no combate a endemias. A Funasa realiza obras de saneamento em localidades de até 30 mil habitantes, em áreas rurais e indígenas e em periferias de grandes cidades que apresentem índices críticos de qualidade de vida.

As ações de prevenção e controle de doenças e agravos de interesse da saúde pública seguem normas estabelecidas por estruturas técnicas especializadas do Ministério da Saúde, sob a forma de planos e programas executados nas instâncias municipais e estaduais do SUS. A coordenação da gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, incluindo ambiente de trabalho; do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde; dos Sistemas de Informação Epidemiológica e do Programa Nacional de Imunizações são responsabilidades federais.

O MS também é responsável pela elaboração e divulgação de informações e análise de situação da saúde que permitam estabelecer prioridades, monitorar o quadro sanitário do País e avaliar o impacto das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, bem como subsidiar a formulação de políticas do Ministério da Saúde. Promove a formulação da Política de Vigilância Sanitária e tem a incumbência de regular e acompanhar o contrato de gestão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS, coordena ainda o processo de elaboração e acompanhamento da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) e supervisiona a execução das atividades técnicas desenvolvidas pelo Instituto Evandro Chagas, pelo Centro Nacional de Primatas, pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga e pela Central de Armazenagem e Distribuição de Insumos Estratégicos²⁶.

2.4.2. Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde

A formação de pessoal de nível superior está a cargo de instituições públicas e privadas. Como consequência das políticas adotadas no país em relação à expansão do ensino superior ao longo da década dos noventa, que estimulou a expansão da rede de ensino privada, há crescente participação de instituições privadas, de caráter lucrativo ou comunitário-

²⁶ Decreto Nº. 5.678, de 18 de Janeiro de 2006.

filantrópico, na formação de profissionais de saúde. Ao final da década, em 1999, dos 97 cursos de medicina apenas 54% eram vinculados ao setor público, assim como 38% dos 130 cursos de odontologia e cerca da metade dos 153 cursos de enfermagem e obstetrícia. Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP/MEC, entre 1991 e 2006 foram criados, no Brasil 78 novos cursos de medicina (crescimento de 98%), 451 novos cursos de enfermagem (crescimento de 425%) e 102 novos cursos de odontologia (crescimento de 123%). O Censo da Educação Superior 2006 registrou um total de 557 cursos de enfermagem, 158 cursos de medicina e 185 cursos de odontologia no País.

Na área de saúde coletiva (pós graduação), a capacitação e formação de recursos humanos e a produção científica e tecnológica cabem, predominantemente, a instituições públicas. O Ministério da Saúde mantém a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca — ENSP, uma das unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz — FIOCRUZ que atua na prestação de serviços de referência no seu campo ação, mantendo cooperações técnicas em todos os estados e municípios brasileiros. Oferece estágio de Pós-doutorado e os cursos de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública, em oito subáreas de concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; Epidemiologia Geral; Endemias, Ambiente e Sociedade; Saúde e Sociedade; Saneamento Ambiental; Saúde, Trabalho e Ambiente; Toxicologia Ocupacional/Ambiental; e Políticas Públicas e Saúde. Além da ENSP atuam na mesma área a Faculdade de Saúde Pública (Universidade de São Paulo – USP), a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Curso de Medicina Social) e algumas escolas de saúde pública subordinadas a Secretarias estaduais de saúde. Todas atuam na prestação de serviços de referência no campo da saúde pública e mantêm cooperações técnicas com estados e municípios.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES²⁷, vem trabalhando de forma articulada com o Ministério da Educação, estabelecendo cooperação técnica para as questões da formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação. Várias estratégias têm sido desenvolvidas, em conjunto, visando à integração educação - trabalho em saúde, dentre elas: (1) incentivo e apoio às mudanças nos cursos de graduação na área da saúde e à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde; (2) incentivo e fortalecimento das ações de educação profissional de nível técnico em saúde; (3) fortalecimento das ações de pós-graduação, em especial as Especializações em Saúde da Família e as Residências Multiprofissionais em Saúde e em Medicina da Família e Comunidade; e (4) Telessaúde, que busca, por meio da utilização de modernas tecnologias de informação e comunicação, a qualificação das equipes de Saúde da Família, melhorando o atendimento da atenção básica no SUS.

Não obstante, persistem sérios problemas relacionados à distribuição espacial (ver 2.3.4) dos profissionais, com concentração em grandes centros urbanos, à desigualdades na remuneração e nas formas de vínculo e de atuação dos profissionais de saúde e a processos de trabalho inadequados aos objetivos do sistema. Para enfrentar isso, o MS coordena a elaboração de propostas de despreciação do trabalho em saúde e de um Plano de Carreira para o SUS com definição de vínculos e carreiras.

2.4.3. Gestão de Recursos Humanos e Condições de Emprego

A gestão de recursos humanos tem sido prioridade no âmbito do sistema público de saúde e constitui um dos seus maiores desafios. A maior parte dos profissionais que integram as instituições públicas de saúde são admitidos mediante concursos públicos e se submetem ao regime geral de pessoal da administração pública, definido nas três esferas de gestão do Estado. Algumas categorias profissionais dispõem de regras nacionais (jornada de trabalho de quatro horas e possibilidade de acumulação de dois vínculos empregatícios).

A CIT aprovou, em 2006, Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS/SUS). As diretrizes para o PCCS/SUS incorporam um conjunto de princípios historicamente reivindicados no âmbito do SUS: o da universalidade dos planos de carreiras; da equivalência dos cargos ou empregos; do

²⁷ Mais informações sobre a SGTES podem ser encontradas em: www.saude.gov.br/sgtes.

concurso público de provas ou de provas e títulos, significando este a única forma de ingresso no serviço para o exercício de cargo ou de emprego e acesso à carreira, com exceção da seleção pública para agentes de saúde e de enfermias; da mobilidade, entendida como garantia de trânsito do trabalhador do SUS pelas diversas esferas de governo; da flexibilidade; da educação permanente; da avaliação de desempenho; do compromisso solidário, visto que o plano de carreiras é um ajuste firmado entre gestores e trabalhadores em prol da qualidade dos serviços, do profissionalismo e da adequação técnica do profissional às necessidades dos serviços de saúde. Em 2006, doze Secretarias Estaduais de Saúde já possuíam seus respectivos PCCS/SUS.

O Ministério da Saúde, com o apoio da OPAS, mantém o Observatório de Recursos Humanos, em parceria com Universidades e Centros de Estudos, com o objetivo de monitorar e aprofundar o conhecimento do mercado de trabalho em saúde, as condições de inserção dos profissionais e os mecanismos de educação permanente que vem sendo implementados no país. São também conduzidos pela Secretaria de Gestão do Trabalho programas associados à despreciação do trabalho, à regulação do trabalho e à qualificação e estruturação.

Também são muito variáveis os padrões de remuneração no sistema público, associados às diferentes capacidades de extração fiscal das unidades federadas. Em muitos estados e municípios têm sido instituídas formas diversas de terceirização, para diferentes categorias profissionais, em alguns casos como mecanismo para viabilizar contratações que seriam inviáveis à luz das regras que limitam gasto público com pessoal²⁸.

No setor privado há situações diversas de vinculação profissional, que também variam segundo a categoria profissional. Contemplam desde vínculos formais permanentes até a prestação ocasional de serviços, o sistema de plantões ou ainda, o que parece ser mais freqüente, mecanismos de parceria entre profissional e o hospital no qual o médico atua como autônomo sem vínculo de emprego.

2.4.4. Oferta e Distribuição dos Recursos Humanos

Os estabelecimentos provedores de serviços de saúde, públicos e privados, foram responsáveis em 2005 por 1,6 milhão de postos de trabalho, aí compreendidos o pessoal técnico e auxiliar e o pessoal de nível superior.

Tabela 9

Brasil, 2005 - Pessoal ocupado em estabelecimentos de saúde

Região	Pessoal de nível técnico/auxiliar		Pessoal de nível superior		Total
	N	%	N	%	
Brasil	751.730	46	870.361	54	1.622.091
Norte	48.076	55	39.147	45	87.223
Nordeste	169.275	48	184.275	52	353.550
Sudeste	366.650	45	447.312	55	813.962
Sul	112.395	45	136.274	55	248.669
Centro-Oeste	55.334	47	63.353	53	118.687

Fonte: IBGE -AMS2005

Nesse mesmo ano, o Brasil tinha, 870.361 postos de trabalho ocupados por profissionais de nível superior nos estabelecimentos de saúde²⁹, quase 20% mais do que o observado na pesquisa anterior (2002). Os médicos representavam 61%, os enfermeiros 13% e os odontólogos 8,2% desses profissionais. Todos os demais profissionais de nível superior ocupavam apenas 18% dos postos de trabalho.

²⁸ A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece limites máximos dos orçamentos públicos que podem ser destinados à remuneração de pessoal.

²⁹ IBGE, AMS 2005.

Aproximadamente 51% dos postos de trabalho de nível superior estão em estabelecimentos de saúde com internação. No caso de postos médicos e de enfermeiras, esse percentual é ainda maior, chegando a 56,6% e 57,2%, respectivamente. O mesmo ocorre com postos de nível técnico e auxiliar: os estabelecimentos com internação abrigam 65,8% desses profissionais. Os auxiliares e técnicos de enfermagem representam 70,7% e 73,3%, respectivamente, dessa categoria.

O setor público é responsável por 50,7% dos postos de trabalho de nível superior e por 54,1% dos de nível técnico/auxiliar. Perto de 35% dos profissionais de nível superior prestavam serviços em estabelecimentos públicos municipais de saúde.

O número de postos de trabalho médico cresceu em todas as regiões do país nos últimos anos. No total, os estabelecimentos de saúde do país geravam 307.952 postos de trabalho médico em 1992; passando a 423.812 em 1999, a 466.273 em 2002 e atingindo 527.625 em 2005.

Tabela 10: Pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde, segundo as grandes Regiões, Brasil, 2005

Grandes Regiões	Total de estabelecimentos	População	Pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde			
			Total	Médicos	Enfermeiros	Enfermeiro/medico
Brasil	77.004	181.341.499	870.361	527.625	116.126	0,22
Norte	5.528	14.342.710	39.147	21.412	6.840	0,32
Nordeste	22.834	50.376.463	184.275	105.279	31.488	0,30
Sudeste	28.371	77.271.770	447.312	282.771	54.022	0,19
Sul	13.113	26.603.929	136.274	81.022	16.790	0,21
Centro-Oeste	7.158	12.746.627	63.353	37.141	6.986	0,19

Fonte: IBGE, AMS 2005.

O pessoal de nível técnico/auxiliar ocupado em estabelecimentos de saúde representava um contingente de 751.730 profissionais, dos quais 86% apresentavam escolaridade de nível médio.

A distribuição regional reflete a desigualdade existente na distribuição da rede de serviços: nas regiões Sul e Sudeste que, juntas, congregam 57% da população, estão 64% do pessoal de nível médio e 67% do pessoal de nível superior (sendo 69% dos médicos).

Tabela 11: Pessoal de nível técnico/auxiliar ocupado em estabelecimentos de saúde, segundo as grandes regiões, Brasil, 2005

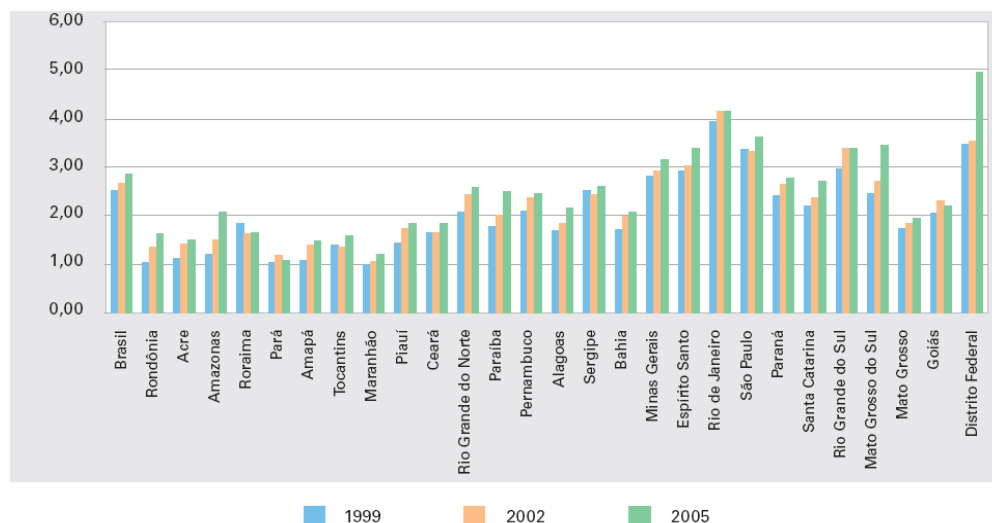
Grandes Regiões	Total	Nível fundamental	Nível médio	
			N	%
Brasil	751.730	104.177	647.553	86,14
Norte	48.076	5.481	42.595	88,6
Nordeste	169.275	14.487	154.788	91,44
Sudeste	366.650	66.101	300.549	81,97
Sul	112.395	13.933	98.462	87,6
Centro-Oeste	55.334	4.175	51.159	92,45

Fonte: IBGE, AMS 2005

Os estados das regiões Sul e Sudeste e o Distrito Federal apresentavam a maior taxa de postos de trabalho médico por mil habitantes (entre 3,5 e 4,9). As menores taxas (menos de dois postos médicos por mil habitantes) estão na região Norte e em alguns estados do Nordeste. Além das desigualdades na distribuição quantitativa global, observa-se também elevada concentração de algumas especialidades médicas (cardiologia, neurologia, urologia,

ortopedia) nas regiões Sul e Sudeste e nas capitais de alguns outros estados, repercutindo sobre a capacidade do sistema de saúde de ofertar atenção nessas especialidades com algum grau de equidade entre estados.

Gráfico 4: Postos de trabalho médico por mil habitantes, segundo estados, Brasil 1999, 2002, 2005.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1999/2005.

2.4.5. Governabilidade e Conflitividade do setor saúde

O Ministério da Saúde coordena em âmbito nacional um conjunto de mecanismos para incrementar a capacidade de gestão de conflitos e ampliar a governabilidade nas relações de trabalho no âmbito do SUS. Esses instrumentos destinam-se a enfrentar problemas associados à precarização, negociação e regulação do trabalho.

Nesse campo, o principal mecanismo é a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNPN-SUS, reinstalada em 2003, após seis anos de inatividade. A Mesa é um espaço de negociação permanente, vinculado ao Conselho Nacional de Saúde, envolvendo o gestor federal, os gestores estaduais e municipais, entidades dos empregadores privados do SUS e entidades dos trabalhadores do SUS. É um fórum de diálogo, discussão e pactuação entre gestores e trabalhadores, de temas relevantes para a qualidade e eficácia dos serviços de saúde ofertados à população e viabilizar condições humanizadas, tanto para os trabalhadores da saúde como para os usuários do SUS.

A Mesa reflete o reconhecimento da necessidade de estabelecer relações de trabalho democráticas e a busca de alternativas para os impasses e conflitos através da corresponsabilidade de todos os atores envolvidos. Seu objetivo central é dirimir os conflitos resultantes das relações de trabalho. A vinculação ao Conselho Nacional de Saúde visa permitir a solução de impasses nas negociações, pois no caso do acirramento das posições, a questão poderá ser submetida à arbitragem do plenário do colegiado.

Entre os temas atinentes à Mesa Nacional estão o plano de cargos e salários para a carreira no SUS, jornada de trabalho, formação e qualificação profissional, saúde do trabalhador do setor de saúde, seguridade social, reposição da força de trabalho no SUS, formas de contratação e ingresso no setor público, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB) e a instalação de mesas estaduais e municipais de negociação permanente.

2.4.6. Medicamentos e outros Produtos Sanitários

O Brasil situa-se entre os maiores mercados mundiais consumidores de medicamentos. Após um período de retração no faturamento (em US\$) entre 1999 e 2002, o mercado

farmacêutico nacional retomou a trajetória de crescimento a partir de 2003 apresentando, em 2005, um faturamento (sem impostos) da ordem de US\$ 9,0 bilhões, 35% superior ao observado no ano anterior. Foram comercializadas, em 2005, 1.613.828 mil unidades.

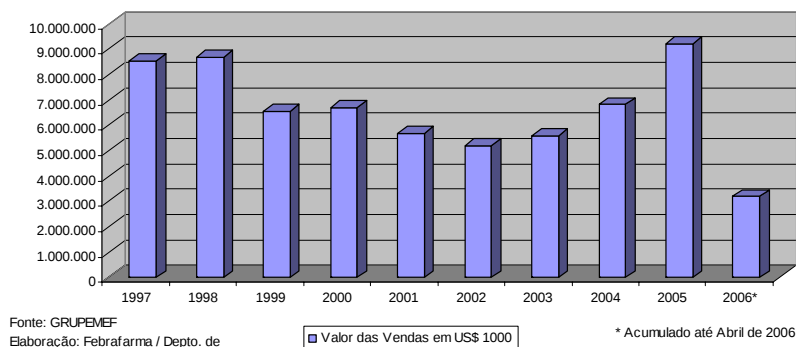
Esse mercado, contudo, apresenta elevada dependência de importação de fármacos. De acordo com estudo realizado pelo governo brasileiro para subsidiar a formulação da política industrial³⁰, a importação dos 1.028 fármacos mais importantes no mercado brasileiro praticamente dobrou entre 1990 e 2000, indo de US\$ 535 milhões para US\$ 1,095 bilhão.

A ampliação das importações não pode ser explicada apenas pela renovação do arsenal terapêutico, com o lançamento no mercado nacional de medicamentos de última geração. Das importações de fármacos em 1998, 83% tinham patentes originais anteriores a 1977, sendo 47% anteriores a 1962. As importações de medicamentos prontos cresceram de US\$ 212 milhões para US\$ 1,28 bilhão entre 1990 e 2000.

O valor de vendas (sem impostos) no mercado interno foi de 6,7 bilhões de dólares em 2004³¹. A internalização da produção de intermediários de síntese e de intermediários de uso (princípios ativos) está incluída como prioridade da política industrial no país e dispõe de linha de financiamento específica do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, o PROFARMA.

Gráfico 5

Mercado Farmacêutico no Brasil
Valor das Vendas em US\$ 1000
1997 a 2006



A ANVISA é o órgão responsável pelo registro de medicamentos no país. Em 2005, estavam registrados 10.762 produtos, que somavam 43.781 apresentações. Os genéricos representavam 15% desses produtos e 19% das apresentações registradas. A comercialização de produtos genéricos, a partir de 1999³², possibilitou preço médio 40% inferior ao preço de referência.

Tabela 12: Medicamentos registrados pela Anvisa por categoria, Brasil, 2005

Categoria	Produtos	%	Apresentações	%
Novo	515	4,79	2.609	5,96
Genérico	1.676	15,57	8.530	19,48
Similar	7.838	72,83	29.898	68,29
Biológico	117	1,09	514	1,17
Fitoterápico e Homeopático	616	5,72	2.230	5,09
Total	10.762	100	43.781	100

Fonte: ANVISA

³⁰ Brasil, Diretrizes de Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior, 2003.

³¹ Febráfarma, Depto de Economia, 2006, <http://www.febrarfarma.com.br>.

³² República Federativa do Brasil. Lei N.º 9.787, de 1999.

A aquisição de medicamentos consome 3,09% do orçamento das famílias com renda até R\$400,00 sendo o mais importante item de gasto com saúde. Nas famílias de menor renda corresponde a 76% desse gasto.

O governo federal vem ampliando crescentemente o volume de recursos destinados à dispensação de medicamentos à população por meio do SUS. O financiamento da assistência farmacêutica básica é compartilhado pelas três esferas de governo. A aquisição e distribuição de medicamentos incumbe aos estados e municípios, cabendo ao governo federal tornar disponíveis produtos estratégicos (antiretrovirais, hemoderivados e antimicrobianos especiais) e medicamentos de alto custo, estes últimos com co-participação dos estados.

O gasto federal com medicamentos alcançou, em 2005, R\$4,5 bilhões. Os medicamentos estratégicos e os medicamentos de alto custo, cujo emprego é definido por protocolos específicos, representavam, em 2005, 66,4% do gasto federal com medicamentos.

Em 2004 foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil. Um dos objetivos do programa é beneficiar principalmente as pessoas atendidas pelo sistema privado que têm dificuldade para realizar tratamento por causa do custo do medicamento. Por essa iniciativa o governo federal subsidia em até 90% a aquisição de um rol de 12 medicamentos de uso permanente e indicados no tratamento de hipertensão e diabetes, vendidos em unidades específicas próprias do SUS e em farmácias privadas credenciadas. A FIOCRUZ, executora do programa, adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos e quando necessário, do setor privado, repassando-os aos postos de venda a baixo custo.

A legislação brasileira estabelece como exigência para a instalação de farmácias e drogarias a presença de um farmacêutico responsável.

Tabela 13

Brasil. Principais Gastos do MS com Medicamentos 2002 - 2005

Programas	R\$ mil valores correntes					
	2002	%	2003	2004	2005	%
Medicamentos para atender os Programas Estratégicos, incluindo medicamentos para DST/AIDS e imunobiológicos	997.179,40	40,95	1.379.077,50	1.538.130,00	1.792.320,00	40,02
Incentivo Financeiro a Municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB) para assistência farmacêutica básica. Medicamentos para o programa de Assistência Farmacêutica Básica (R\$1,00 por hab/ano)	166.399,40	6,83	173.920,90	192.971,90	281.000,00	6,27
Medicamentos de Dispensação em caráter excepcional (alto custo) mediante repasse de teto financeiro aos Estados	437.373,82	17,96	600.138,57	906.130,94	1.182.442,60	26,40
Atenção aos portadores de coagulopatias*	273.140,60	11,22	112.445,10	208.000,00	223.000,00	4,98
Medicamentos cobertos na atenção hospitalar (AIH + Oncológicos)	560.896,20	23,03	703.523,00	882.000,00	1.000.000,00	22,33
Total	2.434.989,40	100,00	2.969.105,07	3.727.232,84	4.478.762,60	100,00

Fonte: DAF/SCTIE/MS

*Observação: Houve redução do valor gasto com Fator VIII em razão da variação nos preços obtidos: em 2002, US\$ 0,41; em 2003, US\$ 0,12 a 0,23; em 2004, US\$ 0,15.

Imunobiológicos

Grande parte das vacinas e soros utilizados em programas oficiais, em particular vacinas contra tuberculose, sarampo, difteria, tétano, coqueluche, febre amarela, raiva humana e canina, e também de soros heterólogos (antiofídico, antitetânico, antidiftérico e anti-rábico), é assegurado pelo parque produtor nacional de imunobiológicos, constituído de laboratórios públicos. O fortalecimento desses laboratórios públicos tem sido prioridade nos últimos anos. Neles foram investidos pelo governo federal cerca de R\$ 200 milhões entre 2002 e 2005³³.

³³ Fonte: DAF/SCTI/MS.

O Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos – Bio-Manguinhos, unidade da FIOCRUZ, é o maior fornecedor público de vacinas ao Ministério da Saúde. Em 2006 sua participação no mercado nacional foi de 44% dentre os produtores nacionais. Foram produzidas nesse ano mais de 87 milhões de doses de vacinas, para febre amarela, poliomielite, tríplice viral, HIB monovalente (*Haemophilus influenzae*) e DPT+Hib, esta última em conjunto com o Instituto Butantan. Os principais produtos em termos de volume de produção são as vacinas contra a poliomielite (36,6%) e contra a febre amarela (26,8%).

O país desenvolve também o Programa Nacional de Competitividade em Vacinas (Inovacina), que pretende quebrar a dependência e reduzir o déficit na balança comercial pelo investimento em produção, desenvolvimento e inovação tecnológica para a produção de imunobiológicos. Seis vacinas, consideradas prioritárias - pentavalente, raiva em cultura celular, meningites B e C, hepatite A e leishmaniose canina - estão em fase final de desenvolvimento e deverão estar em uso em no máximo três anos. A pentavalente, que será produzida em conjunto por Biomanguinhos e pelo Instituto Butantan (SP), vai unir a vacina tríplice bacteriana (contra difteria, tétano e coqueluche) às vacinas contra hepatite B e *Haemofilius Influenzae* (bactéria que causa meningite). Estima-se que em até cinco anos, outros oito insumos deverão ser produzidos nos laboratórios nacionais: vacina conjugada contra meningites B e C, raiva em cultura de tecidos (para uso canino), febre amarela inativada, *Streptococcus pneumoniae*, HPV (vírus associado ao câncer de colo de útero), poliomielite inativada, DTPa (vacina acelarar contra coqueluche, com menos reações adversas) e MMR (vacina tríplice viral, contra caxumba, sarampo e rubéola). Outras seis vacinas estão em estágio de pré-desenvolvimento e deverão estar prontas em até dez anos. A vacina contra leishmaniose está prevista para daqui a 15 anos.

Sangue e hemoderivados

Cerca de 90% dos hemoderivados utilizados no país atualmente são importados, mas o plasma brasileiro, matéria-prima para a fabricação de imunoglobulina e outros hemoderivados, é exportado. Somente a importação do Fator VII, para atendimento a cerca de nove mil portadores de coagulopatias, representou em 2005, um gasto de R\$ 226 milhões ao MS.

Está em fase inicial a implantação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás)³⁴. Quando concluída assegurará a produção industrial de hemoderivados, a partir do fracionamento de plasma obtido no Brasil e, excepcionalmente, fracionará plasma ou produtos intermediários obtidos no exterior, para atender às necessidades internas do País ou para outros países, mediante contrato. A unidade industrial da Hemobrás será construída no pólo farmoquímico e de biotecnologia, no município de Goiana, na região metropolitana do Recife e terá capacidade tecnológica para a fabricação de albumina, imunoglobulina humana normal intravenosa, concentrado de fator VIII e concentrado de fator IX.

O controle de qualidade do sangue transfundido foi iniciado no Brasil em 1980, com o incentivo à doação voluntária e o início da implantação de uma rede pública de hemocentros. O uso de sangue, outros tecidos, células e órgãos humanos para tratamento de agravos é regulamentado e fiscalizado pela ANVISA, que elabora normas e regulamentos técnicos, inspeciona os serviços credenciados, capacita profissionais e monitora a ocorrência de eventos adversos com a utilização das tecnologias disponíveis, visando garantir a qualidade e a segurança destes tratamentos.

Lei específica regula, desde 2001, a coleta, o processamento, a estocagem, a distribuição e a aplicação do sangue e seus hemoderivados³⁵. A ANVISA coordena em âmbito nacional o Sistema Nacional de Hemovigilância. Trata-se de um sistema de avaliação e alerta organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência.

Em 2006, a rede era constituída por 33 hemocentros coordenadores e mais de dois mil serviços de hemoterapia cadastrados na ANVISA. Os hemocentros atuam associados a

³⁴ Criada pela Lei nº 10 972 de 2 de dezembro de 2004.

³⁵ Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001.

universidades, contribuindo para a formação de pessoal especializado e para o desenvolvimento científico e tecnológico da área.

2.4.7. Equipamentos e Tecnologia

O Brasil apresenta elevada dependência de importações para suprir a demanda por equipamentos médico-hospitalares, especialmente os de diagnóstico por imagem. Dados da Associação Brasileira dos Importadores de Equipamentos, Produtos e Suprimentos Médico-Hospitalares (Abimed) apontam que as importações de máquinas e equipamentos médicos e hospitalares cresceram 23,3% em 2006 na comparação com 2005. Em 2004, o setor comprou de outros países US\$ 1,229 bilhões. Em 2005, as importações fecharam em US\$ 1,572. No ano passado, elevaram-se para US\$ 1,936. A expectativa para 2007 é encerrar o ano com importações acima dos US\$ 2 bilhões.

A regulação da incorporação tecnológica é preocupação antiga do sistema de saúde como um todo e não só do SUS. O MS instituiu em 2003 o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação (CCTI), sob a coordenação do Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTI/MS -- Decit, com a atribuição de definir diretrizes e promover a avaliação tecnológica visando a incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços no âmbito do SUS.

O Conselho é presidido pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e constituído por representantes das secretarias do Ministério da Saúde e órgãos vinculados, além de agências reguladoras e da Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde. O CCTI tem como algumas de suas tarefas propor e apoiar medidas para a geração e disseminação do conhecimento científico, tecnológico e de inovação; implementar e acompanhar a gestão do fomento científico e tecnológico no âmbito do Ministério da Saúde; e definir diretrizes e promover a avaliação tecnológica em saúde. Uma das principais ações do Conselho foi a criação, em novembro de 2003, do Grupo de Trabalho para discutir as questões referentes à Avaliação de Tecnologias em Saúde no âmbito do SUS.

Em dezembro de 2005 foi criada uma Comissão para Elaboração da Política Nacional de Gestão Tecnológica (CPGT) no âmbito do SUS. A CPGT conta com representantes de diversas áreas do governo e da sociedade. A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) visa orientar os formuladores e gestores do sistema de saúde na decisão sobre o conjunto de atividades relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, utilização, difusão e retirada de tecnologias no sistema de saúde. Para isto, a PNGTS define diretrizes para atuação e identifica as responsabilidades institucionais e as articulações intersectorais consideradas essenciais na abordagem da gestão de tecnologias em saúde.

Algumas outras medidas têm sido tomadas para melhorar a gestão em relação à Avaliação Tecnológica em Saúde. O sistema de vigilância sanitária iniciou, em 2000, a certificação das boas práticas de fabricação e a capacitação dos inspetores, sobretudo na área de equipamentos e *kits* de diagnóstico para provas *in vitro*. O Brasil participa de instâncias de harmonização de normas internacionais, no âmbito do Mercosul e do *Global Harmonization Task Force*. O DECIT contratou, em 2004, a Colaboração Cochrane, por meio do Centro Cochrane do Brasil, para apoio à realização de revisões sistemáticas e capacitação de profissionais e gestores do Ministério da Saúde. Em maio de 2006, o Brasil, por intermédio do Decit, foi inscrito oficialmente na *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* – INAHTA, rede que agrega cerca de 45 agências em 22 países. Em 2007, foram iniciados sete cursos de pós-graduação em Gestão de Tecnologias em Saúde promovidos pelas secretarias SAS e SCTIE. A ação integra a estratégia de formação e capacitação de Recursos Humanos.

2.4.8. Qualidade dos Serviços

A Pesquisa Mundial de Saúde da OMS (2004) aponta que há elevada insatisfação (57,8%) com o sistema de saúde no país, público ou privado, embora haja diferenças nas avaliações entre usuários de um e de outro. Cerca de 72% dos portadores de planos privados se disseram insatisfeitos, contra 53,3% de insatisfação entre os usuários do SUS.

Outra pesquisa, realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), revela que mais de 90% da população brasileira é usuária de algum serviço do SUS. Segundo a mesma fonte, as filas nas emergências dos hospitais, o longo tempo de espera para a realização de exames e cirurgias e a incapacidade das unidades de saúde de acolherem os pacientes são queixas mais frequentes entre os usuários do SUS.

Para fazer frente a esse quadro, o MS tem adotado medidas regulatórias, entre as quais a capacitação de profissionais e a instituição do HumanizaSUS. Esse programa propõe uma nova relação entre usuário, os profissionais que o atendem e a comunidade, com o objetivo de que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e com instalações mais confortáveis.

Desde 1995 vem sendo implementado o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar³⁶, baseado na avaliação dos serviços frente a padrões definidos em instrumento normativo federal específico³⁷. O MS promoveu, em 1997, a definição de normas básicas para o processo de acreditação (credenciamento de instituições acreditadoras, qualificação e capacitação de avaliadores e código de ética). O Sistema Brasileiro de Acreditação é liderado pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, uma organização privada de interesse coletivo, reconhecida pelo Ministério da Saúde³⁸, fundada em maio de 1999, que visa “*promover o desenvolvimento e a implementação de processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde*”, com adesão em caráter voluntário. Esse processo vem sendo implementado lentamente; em 2005, apenas 45 hospitais, 2 Hemocentros e 3 Laboratórios Clínicos estão acreditados.

A Ouvidoria Geral do SUS, canal de articulação com o Sistema e o cidadão, inclui entre suas atribuições receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes. O Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde foi criado por meio do Decreto nº 4.726, em 09 de junho de 2003, e compõe a estrutura do Ministério da Saúde como parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

2.5. Mapeamento Institucional do Setor Saúde

O sistema de saúde brasileiro é constituído por dois subsistemas, um público e um privado, que se subdividem em quatro segmentos na provisão de ações e serviços de saúde.

³⁶ Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.107, de 14 de junho de 1995.

³⁷ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 2ª edição. Brasília, 1999.

³⁸ Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 538, de 17 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial da União de 19 de abril 2001.

Figura 4: Organização do sistema de saúde, Brasil

Sistema de Saúde no Brasil				
Subsistema	Público		Privado	
	Universal	Restrito	Pré-pagamento	Desembolso direto
Segmento	Público: União, Estados e Municípios	Auto gestão/ Organizações públicas	Planos e Seguros de Saúde (Suplementar)	Privado Autônomo
Percentual da população (uso mais freqüente)	75,4% (129,5 milhões na Assistência) 100% se incluídas ações de saúde pública e vigilância à saúde	5,1 % (9 milhões)	19,5 % (34,2 milhões)	
Percentual do gasto total com saúde	41,6%	...	21,0%	37,4%
Acesso	Universal	Clientela Cativa (vínculo institucional)	Pré-pagamento ou cobertura por seguro	Desembolso direto
Financiamento	Impostos e Contribuições Sociais	Empregados e Empregadores Públicos	Empregados e Empregadores ou Renda familiar; Subsídios governamentais*	Renda familiar Subsídios governamentais*
Rede de serviços utilizada	Própria (pública federal, estadual ou municipal), privada filantrópica ou lucrativa	Própria, privada filantrópica ou lucrativa	Privada lucrativa ou filantrópica	Privada lucrativa ou filantrópica
Cobertura prevista	Integral (ações de saúde pública, promoção da saúde; atenção básica, assistência ambulatorial especializada e hospitalar; procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica)	Variável (em geral assistência médica e hospitalar; procedimentos diagnósticos e terapêuticos)	Variável (em geral assistência médica e hospitalar; procedimentos diagnósticos e terapêuticos)	Variável (em geral assistência médica e hospitalar; procedimentos diagnósticos e terapêuticos; medicamentos)

Fonte: Piola, S. e Barros, E. 2005. * Nota: Subsídios indiretos, por meio de isenções fiscais concedidas às empresas empregadoras e às famílias.

O sistema público de saúde é constituído por três níveis de gestão que compartilham a maior parte das funções de condução, gestão, financiamento e provisão em seus respectivos âmbitos.

Figura 5: Estrutura institucional e decisória do SUS

	Colegiado Participativo	Gestor	Comissões Intergestores
Funções	Condução	Condução Regulação Financiamento Provisão	Condução Regulação
Nível	Órgãos		
Nacional	Conselho Nacional de Saúde	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite
Estadual	Conselho Estadual de Saúde	Secretaria Estadual de Saúde	Comissão Bipartite
Municipal	Conselho Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	

3. MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA/REFORMA

3.1 Efeitos sobre as Funções do Sistema de Saúde

Figura 6

MOMENTOS DOS PROCESSOS DE MUDANÇA E INCIDENCIA NAS FUNÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE

Funções Subsetor	1990-1994		1995-1999		2000-2005	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Condução	Início do processo de implementação; Reorganização da esfera federal; Fortalecimento das instâncias municipais	Expansão do segmento de saúde suplementar; Ausência de regulação	Fortalecimento da instância estadual; Início do processo de regionalização	Aprovação da Lei que regula planos privados. Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar	Aprovação do Pacto pela Saúde; Consolidação do papel coordenador da instância estadual	Consolidação do sistema de regulação; Início do processo de avaliação da qualidade
Financiamento	Predominantemente federal; Insuficiência de recursos federais para fazer frente à expansão da cobertura; aumento do gasto municipal		Criação da CPMF, contribuição social destinada à saúde		Aprovação da Emenda Constitucional que vincula recursos das três esferas de governo; crescimento do financiamento estadual e municipal	Processo de concentração econômica das operadoras de planos de saúde
Asseguramento	Universalização do acesso		Universalização do acesso	Expansão da cobertura por planos privados coletivos	Universalização do acesso	
Provisão de Serviços	Descentralização; Transferência da rede básica aos municípios; expansão da atenção básica		Fortalecimento da Atenção Básica; Início da reorganização do Modelo de atenção		Fortalecimento da assistência farmacêutica; Expansão da assistência odontológica; Investimentos em expansão e equipamento da rede de serviços	

3.2. Efeito sobre os Princípios Orientadores das Reformas

3.2.1. Equidade

O objetivo central da reforma do sistema de saúde, assegurar acesso universal, vem sendo atingido de forma gradual e crescente. Observa-se sensível melhoria nas condições de acesso em todas as regiões do país. A cobertura por ações de atenção básica está praticamente universalizada em todas as unidades federadas, sobretudo nos programas de imunização.

Subsistem, contudo, desigualdades na cobertura às áreas rurais e às populações ribeirinhas da região Norte. Também persistem desigualdades entre regiões do país na oferta de serviços e no acesso à atenção de média e alta complexidade. Os equipamentos de maior densidade tecnológica estão predominantemente em estabelecimentos privados, o que determina elevada concentração na regiões de maior renda média da população, onde também se concentra a cobertura por planos privados de saúde. Na região Sul, 80% dos equipamentos por imagem pertenciam a estabelecimentos privados, em 2005. A presença da oferta de equipamentos pelo SUS é proporcionalmente superior nas regiões Norte e Nordeste.

Tabela 14

Brasil, 2005 - Equipamentos de diagnóstico através de imagem existentes em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa, segdo Grandes Regiões

Grandes Regiões	Equipamentos de diagnóstico através de imagem existentes em estabelecimentos de saúde						
	Total			Esfera administrativa			
	Total	Disponíveis ao SUS	% disponível ao SUS	Público	Privado		
					Total	% privado	SUS
Brasil	49.987	22.111	44	12.904	37.083	74,2	14.984
Norte	2.414	1.323	55	1.146	1.268	52,5	508
Nordeste	9.881	4.933	50	3.036	6.845	69,3	3.248
Sudeste	24.771	10.311	42	5.950	18.801	75,9	6.815
Sul	7.928	3.822	48	1.548	6.380	80,5	3.266
Centro-Oeste	4.993	1.722	34	1.224	3.769	75,5	1.147

Fonte: IBGE, AMS2005

Um dos mais graves problemas na desigualdade de acesso se situa na atenção odontológica e vem sendo enfrentado desde 2004 mediante a expansão da oferta de serviços (Programa Brasil Sorridente). Há diferenças extremamente acentuadas entre os diversos grupos de renda. Cerca de 25% da população brasileira entre 5 e 19 anos, aproximadamente 42 milhões de pessoas, nunca tiveram acesso a esse serviço. A dificuldade de acesso é maior nos domicílios com menor renda (51% das pessoas), mas é verificada também em domicílios com renda média, embora em percentual muito menor (1,5%). Na Pesquisa Mundial de Saúde da OMS, realizada pelo CICT/FIOCRUZ em 2003, foi detectado que entre a população de pior nível socioeconômico 56% das mulheres de 50 anos e mais já haviam perdido todos os dentes naturais enquanto entre os homens da mesma faixa de renda esse percentual era de 19%. Na faixa de melhor nível sócioeconômico, os percentuais eram de 19% entre as mulheres e de 12% entre os homens da mesma faixa etária, indicando que, além de razões econômicas, há desigualdade no acesso a serviços odontológicos por razões de gênero.

Melhoria significativa na cobertura pode ser observada na atenção ao parto: em 1986, a cobertura não ultrapassava 80%; em 2004, foi de 97%, sendo de 99% nas regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste. A menor taxa observada, a da Região Norte, foi de 90%³⁹.

3.2.2. Cobertura

Se tomado como ponto inicial o ano imediatamente anterior à aprovação do texto constitucional que institui o direito universal à saúde, é possível detectar nítida mudança no perfil interregional da oferta de ações e serviços (tabela 15). Há um expressivo crescimento no número de consultas/habitante nas regiões mais pobres (Norte, Nordeste e Centro Oeste), reduzindo significativamente a desigualdade preexistente entre essas regiões e as mais afluentes (Sul e Sudeste).

O acesso a internações também cresceu no Norte, Nordeste e Centro-Oeste refletindo a expansão da cobertura propiciada pelo SUS. Nas demais caiu o número de internações por cem habitantes, como resultado de mudanças na esfera tecnológica, da maior ênfase na prevenção e na atenção ambulatorial e aumento da cobertura pelo sistema privado.

³⁹ RIPSa, IDB 2006.

Tabela 15

Concentração de consultas e hospitalizações pelo sistema público

Região	Hospitalizações SUS (Egressos)				Consultas			
	Por 100 habitantes				Por habitante			
	1987 ¹	1995	2000	2005	1987 ¹	1995	2000	2005
Brasil	8,1	8,1	7,0	6,2	1,67	2,2	2,3	2,5
Norte	5,5	6,8	7,2	6,6	0,88	1,3	1,5	2,0
Nordeste	6,2	8,2	7,6	6,4	1,09	1,9	2,1	2,2
Sudeste	8,8	7,2	6,2	5,6	2,21	2,6	2,7	2,9
Sul	10,9	8,2	7,9	6,8	1,76	2,1	2,2	2,3
Centro Oeste	8,1	7,1	7,7	7,2	1,23	2,3	2,1	2,4

Fontes: (1) World Bank (1993), A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90 - ¹ Produção de hospitalizações e consultas por unidades próprias, contratadas e conveniadas com o INAMPS; (2) RIPS - IDB2006

3.2.3. Disponibilidade e Distribuição de Recursos

O país não dispõe ainda de um sistema de contas nacionais em saúde. A OMS estimara que o gasto total com saúde brasileiro representasse em 2004 8,8% do PIB e que gasto público em saúde *per capita* teria passado de US\$ 229 (US\$ PPP) em 1997, para US\$ 822 dólares PPP em 2004⁴⁰. Por solicitação do governo brasileiro, reviu seus cálculos e, com base nos números revisados, concluiu que os gastos públicos em saúde nesse ano foram de R\$ 65,1 bilhões, o que equivalia a apenas 3,4% do PIB e a US\$ 121 dólares correntes per capita ou a US\$306 PPP per capita (dólar ajustado pela paridade de poder de compra - PPP).

Tabela 16

Brasil, 2004. Gasto com saúde

Gasto total com % do PIB	8,80%
Gasto público como % do gasto total	54,10%
Gasto total per capita (US\$ tx internacional)	1520
Gasto público per capita (US\$ tx internacional)	822

Fonte: WHO, Statistics 2007

Como proporção do PIB, o gasto público apresentou discreta, mas consistente, ampliação anual nos últimos cinco anos, passando de 2,9% em 2000, ano em que o Congresso Nacional aprovou a vinculação de recursos para saúde, para 3,47% em 2005. Como o gasto federal se manteve estável nesse período, como proporção do PIB, o crescimento deve ser atribuído aos aportes das esferas subnacionais.

Tabela 17

GASTO PÚBLICO EM SAÚDE EXECUTADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gasto público em saúde per capita (R\$)	200,58	232,21	271,79	299,56	358,54	
Gasto Público como proporção do PIB	2,9	3,08	3,21	3,12	3,35	3,47
Gasto Federal como proporção do PIB	1,85	1,87	1,84	1,75	1,85	...
% Gasto Federal em saúde/total do gasto Federal	3,3	3,6	3,7	3,1	3,5	3,1

Fontes: IDB 2006: Ministério da Saúde/SCTIE/DES / SIOPS; SE/SPO e Fundo Nacional de Saúde - FNS; IPEA e IBGE

O gasto das famílias permanece elevado, segundo os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (2003). Na faixa de pior situação socioeconômica, o gasto com saúde representava,

⁴⁰ WHO. World Health Report 2004 e World Health Statistics 2007.

em 2003, 13,9% do gasto médio mensal familiar; 58,9% desse gasto era destinado à aquisição de medicamentos. Na faixa de melhor nível socioeconômico o maior item de gasto em saúde era o pagamento de planos de saúde (37,9%) e o gasto em saúde correspondia a 21,4% do gasto médio mensal das famílias.

Houve aumento sensível na disponibilidade de profissionais de saúde em todas as regiões do país e, especialmente nas regiões onde era maior a insuficiência. Nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo, a proporção de enfermeiros por mil habitantes passou de 0,11 e 0,25 em 1995 para 0,48 e 0,53, respectivamente, em 2005.

Tabela 18
Brasil. Profissionais de Saúde por mil habitantes, segundo regiões

Região	1995			2005		
	Medicos por mil habitantes	Odontólogos por mil habitantes	Enfermeiros por mil habitantes	Medicos por mil habitantes	Odontólogos por mil habitantes	Enfermeiros por mil habitantes
Brasil	1,27	0,85	0,31	1,68	1,13	0,64
Região Norte	0,5	0,33	0,11	0,82	0,48	0,48
Região Nordeste	0,73	0,4	0,25	0,99	0,53	0,53
Região Sudeste	1,8	1,25	0,36	2,28	1,59	0,72
Região Sul	1,28	0,83	0,37	1,73	1,19	0,73
Região Centro-Oeste	1,11	0,87	0,33	1,68	1,29	0,65

Fonte: Ministério da Saúde - CGRH-SUS/SIRH

A distribuição de leitos hospitalares entre as regiões também apresenta maior homogeneidade em 2005 quando comparada a 1990, reduzindo-se sensivelmente a desigualdade preexistente.

Tabela 19: Evolução da Distribuição regional dos Leitos hospitalares por 1000 habitantes, Brasil, 1990-2005

Região	1990	1992	1999	2002	2005
Brasil	3,71	3,66	2,96	2,7	2,41
Região Norte	2,15	2,25	2,24	2,05	1,85
Região Nordeste	2,92	3,06	2,74	2,5	2,27
Região Sudeste	4,2	4,1	3,03	2,75	2,44
Região Sul	4,18	3,98	3,31	3,08	2,76
Região Centro-Oeste	4,49	4,19	3,46	3,05	2,62

Fonte: IBGE - Pesquisa Assistência Médico-Sanitária

3.2.4. Acesso

Pesquisa domiciliar realizada em 2003⁴¹ aponta que 98% das pessoas que procuraram atendimento conseguiram obtê-lo. Para o total da população foi identificado que 2,2% das pessoas manifestaram dificuldade de acesso – ou porque procuraram e não foram atendidas ou porque não procuraram, apesar de precisar dele, por barreiras associadas a distancia, custo, demora ou horário inadequado. Embora problemas graves de acesso atinjam percentual reduzido da população, ainda existem problemas sérios de demora na obtenção do cuidado, especialmente na realização de exames, consultas especializadas e cirurgias eletivas. Em alguns municípios a espera por esse tipo de atendimento pode chegar a um ano.

⁴¹ IBGE, PNAD Saúde 2003.

Tabela 20

Brasil, 2003. Pessoas segundo procura por atendimento à saúde

Situação	Número	%
Procuraram atendimento e foram atendidas	25 161 722	14,3
Procuraram atendimento e não foram atendidas	538 790	0,3
Não procuraram atendimento	150 287 100	85,4
Não procuraram porque não tiveram necessidade	145 272 010	82,6
Não procuraram por dificuldades de acesso (distância, custo, demora ou horário)	3 375 267	1,92
População total	175 987 612	100

Fonte IBGE, PNAD Saúde 2003

Permanecem elevadas as diferenças regionais que refletem condições de acesso e qualidade da atenção. O percentual de gestantes com sete ou mais consultas de pré natal é extremamente baixo nas regiões Norte e Nordeste, representando cerca da metade da cobertura assegurada na região Sul. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Sul – onde se concentra a maior parte da cobertura por planos privados de saúde - apresenta taxas de partos cesáreos muito acima do parâmetro fixado pelo MS, que é de no máximo 30%.

Tabela 21
Brasil. Indicadores segundo região

Região	% Partos cesáreos			% gestantes com sete ou mais consultas de pré natal		
	1995	2002	2004	1995	2002	2004
Brasil	37,7	39,7	42,7	49,7	46,0	52,9
Região Norte	32,4	30,4	33,2	37,5	25,8	28,7
Região Nordeste	25,5	28,1	31,5	35,0	32,9	36,6
Região Sudeste	46,5	47,9	50,5	62,8	56,3	66,5
Região Sul	43,2	44,3	48,2	55,9	53,2	65,7
Região Centro-Oeste	49,9	44,5	47,6	53,0	52,2	58,4
Fonte: RIPSa IDB 2006						

3.2.5. Efetividade

Avanços importantes ocorreram a partir da década dos oitenta e podem ser detectados por alguns indicadores. A taxa de mortalidade infantil para o país foi estimada, na média da década entre 1970/1980, em 87,88 mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos. Essa média para o país, contudo, envolvia disparidades regionais extraordinárias. A taxa média da região Nordeste era de 121,4 e a observada na região Sul de 61,8. Em 1991, o Censo Demográfico apontava uma expressiva queda nessa taxa: para a média do país, recuou para 41,75 por mil nascidos vivos, menos que a metade da verificada na década anterior. Esse comportamento expressava, principalmente, as quedas ainda mais acentuadas observadas nas regiões Sul e Sudeste ao longo da década dos oitenta.

Embora a tendência de queda tenha sido geral, abrangendo todas as regiões, a sua intensidade foi maior nas regiões mais desenvolvidas, ampliando, dessa forma a distância entre as regiões: enquanto na década 70/80 a taxa do Nordeste era 1,96 vezes maior que a do Sul, em 1991 passou a representar 2,65 vezes. Essa distância se manteve ao longo dos anos

seguintes, a despeito da queda consistente ter continuado em todas as regiões do país. Em 2004 a taxa do Nordeste seguia representando 2,27 vezes as das regiões Sul e Sudeste

Tabela 22

Brasil. Mortalidade Infantil
Número de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000
nascidos vivos

Região	1997	2000	2002	2004
Brasil	31,9	26,77	24,34	22,58
Região Norte	32,19	28,72	26,98	25,51
Região Nordeste	50,36	41,4	37,24	33,94
Região Sudeste	23,06	18	15,73	14,92
Região Sul	17,54	17,03	16,05	14,98
Região Centro-Oeste	24,36	20,95	19,26	18,7
Fontes:				

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A diferença da taxa de mortalidade infantil segundo renda e cor permanece expressiva. Os dados da PNAD 1996 mostraram que, para a população que se auto definiu como de cor preta ou parda, e que apresentava níveis de exclusão e de pobreza mais acentuados, a taxa de mortalidade infantil era de 62,3 por mil nascidos vivos, enquanto a observada para a população branca foi de 37,3 por mil⁴².

As diferenças regionais também perduram quando se observam os dados sobre a mortalidade proporcional por doença diarreica aguda e por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos. Embora essas taxas tenham caído em todas as regiões, a queda foi mais acentuada nas regiões Sudeste e Sul.

Tabela 23

Brasil. Mortalidade proporcional por Doença Diarreica Aguda e Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade

Região	Doença Diarreica Aguda			Infecção Respiratória Aguda		
	1995	2000	2004	1995	2000	2004
Brasil	8,27	4,53	3,97	9,42	5,94	5,76
Região Norte	9,21	5,04	4,89	8,49	6,34	7,41
Região Nordeste	12,96	6,68	6,19	8,08	5,32	5,31
Região Sudeste	5,38	2,59	1,87	10,48	6,51	5,73
Região Sul	5,82	3,23	2,13	10,67	5,91	5,19
Região Centro-Oeste	6,79	4,45	3,91	8,13	5,61	6,23

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

RIPSA. IDB 2006

A proporção de crianças que apresentaram baixo peso ao nascer tem se mantido estável, em torno de 8%, nos últimos dez anos.

⁴² IBGE-PNAD 1996.

Tabela 24
Brasil, 1995 - 2004. Proporção de nascidos vivos com baixo peso
ao nascer, por Ano, segundo Região

Região	1995	1998	2000	2002	2004
Brasil	7,94	7,93	7,7	8,13	8,24
Região Norte	6,61	6,46	6,32	6,76	6,97
Região Nordeste	7,01	7,14	6,79	7,24	7,5
Região Sudeste	9,03	8,8	8,62	9,13	9,14
Região Sul	7,84	8,11	8,1	8,64	8,63
Região Centro-Oeste	7,12	7,28	7,05	7,39	7,58

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

3.2.6. Eficiência

O sistema de saúde, tanto na esfera pública quanto na rede privada tem buscado maior eficiência na alocação e uso dos recursos. Implementação de programas de monitoramento e avaliação, utilização crescente de protocolos e diretrizes clínicas, implementação de centrais de regulação, desenvolvimento de avaliação tecnológica são medidas que vem sendo implementadas para assegurar maior eficiência ao sistema.

No plano dos fatores determinantes da saúde, têm sido observadas melhorias na cobertura por saneamento básico, ainda que persistam significativas diferenças regionais e associadas à renda no acesso a esses serviços.

Tabela 25
Brasil. Saneamento Básico
1995 -2004

Indicadores	1995	1998	2000	2002	2004
% População com acesso a rede de água	74,52	77,31	75,83	80,49	80,78
% População com esgotamento sanitário	56,97	61,36	59,15	65,59	67,18
% População com serviço de Coleta de Lixo	69,46	76,18	76,42	83,01	83,93

Fonte: RIPSA, IDB 2006

3.2.7. Sustentabilidade

A sustentabilidade do SUS está associada a três fatores: a existência de marco constitucional e legal consolidados; a existência de mecanismos de financiamento que asseguram o aporte regular de recursos – ainda que insuficientes - pelas três esferas de governo e a legitimidade política e social.

O sistema público de saúde tem alcançado crescente legitimidade, a despeito das deficiências e insuficiências que ainda subsistem. As pesquisas de opinião sobre a saúde apresentam satisfação crescente da população com os serviços disponibilizados. As críticas estão relacionadas à demora no atendimento, filas de espera e insuficiência de medicamentos.

Em pesquisa de opinião pública realizada em 1996, 45% dos entrevistados haviam considerado que os serviços públicos de saúde melhoraram e 30% que permaneceu igual, sendo que o índice de aprovação era maior entre usuários do sistema do que entre os que não o são: 51% dos usuários indicaram estar entre 70% e 100% satisfeitos com o último tratamento recebido no SUS.

A Pesquisa Mundial de Saúde da OMS (2003) reitera essa tendência a uma aprovação maior por parte dos usuários do que a apresentada pelo conjunto da população: embora 58% dos entrevistados se declarem insatisfeitos com o sistema de saúde (aqui considerado tanto o público quanto o privado) quando se indagou sobre o último atendimento recebido, a maior parte dos aspectos submetidos à avaliação foi considerada *boa* ou *muito boa* em percentuais

superiores a 60% pelos usuários do SUS. As maiores insatisfações referidas pelos entrevistados estão associadas ao tempo de espera, à possibilidade de escolha do profissional e à participação na tomada de decisões sobre o tratamento. Pesquisa de opinião pública realizada pela Confederação Nacional das Indústrias, em 2000, identificou 88% de satisfação com o sistema público de saúde.

No plano da gestão há o reconhecimento dos gestores da importância das Comissões Intergestores como espaços de negociação e de acordos sobre alocação de recursos e programação de ações. São, portanto, instâncias consolidadas no âmbito do Sistema.

Também ocorreram avanços importantes, desde o início da implementação da Reforma Sanitária, na ampliação da *accountability* do sistema público. A disponibilização de informações pela Internet, através do Datasus, associada à ação fiscalizadora dos Conselhos de Saúde, tem ampliado a democratização de informações e reduzido significativamente a ocorrência de fraudes no sistema, repercutindo na opinião pública.

Há crescente importância da questão saúde na agenda dos partidos políticos, o que tem assegurado condições de resistência às pressões de correntes contrárias à vinculação de recursos e à universalidade do acesso. A vinculação constitucional de receitas para as ações e serviços públicos de saúde é um reflexo desse movimento e assegura sustentabilidade financeira ao sistema. Os recursos externos são pouco expressivos no orçamento da saúde, inferiores a 1% e estão dirigidos ao financiamento de atividades de apoio a novos programas e a investimentos.

3.2.8. Participação Social

O aumento da participação da sociedade civil na identificação de problemas, planejamento e implantação de ações em saúde é um dos maiores avanços alcançados no processo de construção do SUS. A participação social está associada à maior publicização das informações e dos processos decisórios, especialmente em decorrência da atuação dos conselhos e conferências de saúde. Esses foros possibilitam também a apresentação de demandas da população e a maior adequação das ações ofertadas pelo sistema. Atualmente, conselhos compostos de usuários (50%), profissionais de saúde, representantes de prestadores de serviço e do governo atuam no nível federal, nos 26 estados e Distrito Federal em 5.590 municípios.

A participação da sociedade, entretanto, não se esgota no nível mais alto da gestão do sistema. Muitas unidades e hospitais públicos vêm criando conselhos ou outros fóruns consultivos diretamente vinculados à sua diretoria, com significativa representação de usuários.

O grau de participação aumentou também a partir de 1986, quando as Conferências Nacionais de Saúde tornaram-se mais abertas, deixando de se caracterizar como fóruns técnicos, e Conferências Municipais e Estaduais de Saúde passaram a ocorrer com periodicidade regular. Além das Conferências previstas em lei, com periodicidade definida, têm sido realizadas conferências temáticas – saúde bucal, saúde do trabalhador, recursos humanos, saúde da mulher, ciência e tecnologia, saúde indígena - que aprofundam debates e estabelecem diretrizes específicas.

O Ministério da Saúde também publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde com o objetivo de divulgar esses direitos ao cidadão e mantém a Ouvidoria do SUS como canal entre o sistema de saúde e a população.

A Fundação Oswaldo Cruz, por sua vez, mantém o Canal Saúde, projeto permanente cuja principal preocupação é divulgar o conceito ampliado de saúde, através de uma visão plena que incorpora questões pertinentes à qualidade de vida, qualidade ambiental, saneamento, nutrição, prevenção etc. Sua programação inclui a disseminação de programas educativos destinados a profissionais de saúde e a usuários do sistema. Opera por meio de satélite, captado através de antenas parabólicas e mantém um programa semanal em TV aberta.

3.3 - Atores

Ao longo das duas décadas decorridas entre a formulação da proposta de reorganização do sistema de saúde no país e o momento atual, muitos atores tiveram papel relevante nos diferentes momentos desse processo.

O início do processo de Reforma Sanitária coincidiu com o início do processo de redemocratização do país após a ditadura militar. Era então o momento da emergência dos movimentos sociais portadores das demandas reprimidas ao longo dos vinte anos de ausência de liberdade de expressão.

A forte adesão à proposta para a reorganização do setor saúde decorreu do fato dela aglutinar os principais valores da sociedade brasileira no período. De uma perspectiva mais ampla, a proposta se assentava em princípios associados à justiça social, à participação social, à superação de desigualdades e ao reconhecimento da igualdade de direitos humanos e sociais. Do ponto de vista da organização do Estado, preconizava a descentralização, a democratização dos processos decisórios e a articulação de políticas públicas.

Naquele contexto, essas propostas ganharam legitimidade e sagraram-se vitoriosas no embate com as pressões de fortes setores internos e externos que clamavam por reformas sob a doutrina do Estado Mínimo e da focalização da política social nos setores populacionais abaixo da linha da pobreza. Conseguiu-se, assim, incorporar ao texto constitucional os dispositivos de instituição de sistema de seguridade social oferecendo garantias universais de proteção social inclusive o direito universal à saúde e atribuem ao Estado a responsabilidade por assegurá-lo mediante ações sobre os seus determinantes e a provisão de serviços de atenção integral. A Constituição de 1988 consagrou ainda a tese de unificação do sistema público de saúde, estabelecendo um sistema único de saúde, que viria a superar a fragmentação entre a assistência à população coberta por seguro previdenciário e a população excluída do mercado formal de trabalho que então prevalecia.

No momento inicial, de formulação das propostas e articulação política em torno delas, um amplo leque de forças sociais exerceu papel de relevo. Na defesa da proposta associaram-se ao Movimento da Reforma Sanitária as universidades, especialmente as áreas de saúde pública e de medicina social; segmentos importantes de profissionais de saúde; parcela dos partidos políticos; parcela do movimento sindical; alguns segmentos do Estado e os movimentos sociais, particularmente os ligados à questão da saúde, ao movimento feminista e aos direitos sociais.

Na etapa seguinte, de conquista do marco constitucional e legal, esse leque se ampliou, com a incorporação de partidos políticos com representação no legislativo federal, culminando com a criação da Frente Parlamentar da Saúde de caráter pluripartidário. Na resistência às mudanças preconizadas, associavam-se segmentos profissionais ligados à assistência médica previdenciária, setores importantes dos provedores privados de serviços de saúde ao estado, especialmente os da assistência hospitalar privada lucrativa (que temiam as consequências de uma proposta que produziria a ruptura com o sistema “hospitalocêntrico” pré-existente), além de setores governamentais ligados à área econômica com suas habituais preocupações fiscalistas.

A partir do início da década dos noventa, com o desencadeamento das medidas para a implementação do SUS, importantes mudanças ocorrem no cenário da saúde. A descentralização e a instituição dos foros de participação social (Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde) trazem à cena novos atores. Na esfera da organização e gestão do sistema atuam gestores subnacionais, conselheiros de saúde, provedores de serviços, movimentos de usuários do sistema, organizações de pacientes ou familiares de portadores de patologias, profissionais de saúde integrados ao sistema, foram, e ainda são, atores que ganharam protagonismo a partir dessa etapa.

A implementação de políticas de expansão da cobertura também transforma o sistema público de saúde em arena privilegiada para interesses mercantis e empresas produtoras de medicamentos, equipamentos e insumos passam a atuar, direta ou indiretamente, na disputa desse mercado e na indução de incorporação tecnológica. Suas estratégias mercadológicas envolvem principalmente médicos, farmacêuticos e, mais recentemente, as associações civis de portadores de patologias.

A mídia impressa e televisiva joga papel fundamental nesse processo: tanto denuncia as dificuldades de acesso, a má qualidade da atenção à saúde e outras mazelas do sistema

público bem como os problemas dos portadores de planos privados de saúde, como registra experiências bem sucedidas. Para uns, os avanços não têm tido o destaque que mereceriam. Para outros, a divulgação estaria acompanhando, em justa medida, a desproporção entre problemas por resolver e os inegáveis sucessos já alcançados. Simultaneamente, os meios de comunicação operam como disseminadores de informações sobre novos medicamentos e equipamentos, induzindo e reforçando a pressão por incorporação de tecnologia “de ponta”.

Nos últimos anos o Poder Judiciário, o Ministério Público e as organizações de defesa do consumidor, passaram a ter papel sem precedentes, sobretudo em favor do cumprimento pelo sistema de saúde dos dispositivos legais que regulam o setor, seja na garantia do direito de acesso a cuidados, seja na fiscalização do respeito aos contratos que regem as relações entre planos e seguros privados e seus usuários.

As relações entre Judiciário e o MP com o Executivo tem sido de colaboração em alguns momentos e de conflito, em outros. A experiência de implementação de uma política de Estado, como é o SUS, com arcabouço jurídico e institucional claramente definido e democratização do processo decisório, num ambiente político-institucional marcado pelo clientelismo político, tem grande impacto sobre a gestão pública federal.

A consolidação do sistema resultou em visível influência do SUS sobre o desenho institucional de outras áreas da política pública. O “modelo SUS” influenciou claramente a formulação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e do Sistema Único de Segurança Pública – SUSP. As Conferências Nacionais de Saúde também modelam o formato da participação social e da democratização do processo decisório em muitas áreas da gestão governamental (meio ambiente, ciência e tecnologia, políticas agrárias etc.).

Figura 7: Reorganização do Sistema Público de Saúde, Processos e atores, Brasil

Etapa	Processos	Principais Atores
1- Formulação da proposta de reorganização do sistema de saúde (1978-1986)	- Desenho doutrinário - Elaboração de propostas de dispositivos constitucionais - Articulação Política - Obtenção de legitimidade social	Movimento da Reforma Sanitária: universidade; setores de profissionais de saúde; setores de pessoal do Estado; setores do movimento sindical; parcelas de movimentos sociais
2 - Inclusão no texto constitucional e elaboração de legislação reguladora (1986-1990)	- Formulação de proposta de texto legal - Articulação Política	Movimento da Reforma Sanitária Congresso Nacional (Legislativo) MS Ministério da Fazenda
3 - Implementação da legislação; descentralização (1990-1999)	- Regulamentação dos processos para implementação da legislação - Unificação do sistema público - Transferência de responsabilidades às esferas subnacionais - Implementação de políticas (fortalecimento da atenção básica) - Constituição de conselhos de saúde	MS Conasems Conass Organizações de profissionais de saúde Movimentos sociais e ONGs Prestadores Privados
4 - Ações para consolidação do sistema (após 2000)	- Propostas de regionalização da rede de atenção à saúde - Expansão do acesso a procedimentos de maior complexidade (transplantes, medicamentos excepcionais) - Criação das agências reguladoras (ANS e ANVISA) - Fortalecimento de Políticas Nacionais - Pacto da Saúde	MS CONASS CONASEMS Prestadores Privados Movimentos Sociais e ONGs Organizações de profissionais de saúde Operadoras de Planos e seguros de saúde Empresas produtoras de insumos (medicamentos e equipamentos)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS completa em 2008 vinte anos de sua criação no texto constitucional e quinze de efetivo início da implementação dos dispositivos legais que o regulam. Podem-se contabilizar enormes avanços e vislumbrar grandes desafios.

O maior avanço é, sem dúvida, a conquista do acesso a ações e serviços de saúde pelos 75% da população que eram, antes, excluídos. É verdade que há cerca de 25% da população que está vinculada a planos e seguros de saúde – a mesma parcela que, antes da reforma do sistema, se beneficiava do sistema público de seguridade social de alcance restrito aos trabalhadores do mercado formal de trabalho. No entanto, essa parcela se beneficia também das ações de caráter preventivo, das ações de regulação e de vigilância à saúde proporcionadas pelo sistema, ademais do uso de serviços de maior custo ou complexidade, como transplantes e o recebimento de medicamentos de alto custo.

O sistema oferece serviços em escala monumental. Em 2006, já alcançava 87 milhões de pessoas atendidas por 27 mil equipes de saúde de família, presentes em 92% dos municípios brasileiros. Assegurou, nesse ano, a provisão de 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, trezentos milhões de consultas médicas, 11,5 milhões de internações. Realizou quinze mil transplantes e mais de duzentas mil cirurgias cardíacas.

Foi implementado um processo de descentralização que assegurou a efetiva participação de todas as esferas de governo na gestão e no financiamento do sistema. Criaram-se mecanismos de coordenação intergovernamental – as comissões intergestores Tripartite e Bipartites – que têm sido muito eficazes na articulação de ações e na solução de conflitos. Os foros de participação social – conferências e conselhos – se consolidaram em todo o país.

Todos esses avanços não impedem a identificação de gargalos que precisam ser superados e desafios que deverão ser enfrentados. Assegurar o acesso universal à integralidade da atenção, superando especialmente as dificuldades de acesso à atenção de média complexidade, exige uma política de investimentos orientada a esse objetivo, direcionando os esforços à organização de redes regionais resolutivas, com a expansão e qualificação da rede pública de provisão de serviços. Melhorar a qualidade dos serviços ofertados e sua efetividade envolve esforços para assegurar equipamento, disponibilidade de insumos, ações de qualificação e permanente atualização de profissionais, além de investimentos na melhoria das relações interpessoais entre profissionais e entre estes e os usuários.

Para tudo isso é indispensável assegurar um fluxo de recursos em volume adequado. O gasto público brasileiro hoje – 3,4% do PIB – representa menos que a metade do valor alocado por países que têm sistemas de acesso universal (que destinam, em média, 7,3% do PIB ao financiamento de seus sistemas de saúde). Ampliar o volume de recursos e preservar os mecanismos que conferiram regularidade ao financiamento do sistema constituem requisito para a consolidação dos avanços e as melhorias que ainda se fazem necessárias.

Documentos Consultados

1. Almeida, Célia, O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil - IPEA -1998
2. Barros, Elizabeth - Integralidade e equidade no acesso aos procedimentos de alta complexidade: um desafio para o SUS, BSB, 2001
3. Boletim Epidemiológico AIDS Ano XIII nº 3 outubro dezembro 2000
4. Emenda Constitucional 29/2000
5. Home Page do Ministério da Saúde
6. IBGE - PNAD 1998: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, RJ 2000
7. IBGE - Síntese de Indicadores Sociais 2004, RJ, 2005
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, Indicadores 2000
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos.
10. IPEA - Fernandes et alii, Gasto Social , TD IPEA, 1998
11. IPEA - Piola, Ribeiro & Reis - Gasto em Saúde, TD IPEA, 2000
12. IPEA - Piola, Ribeiro & Servo - Gasto em Saúde, 2005 mimeo
13. Leis 8080/90 e 8142/90
14. Marques, Rosa e Mendes, Áquilas - SP, 2000
15. MPO/ Relatório de Avaliação do PPA e IBGE , março de 2001
16. Negri, B e Giovanni, G. - Radiografia da Saúde no Brasil - UNICAMP/MS, 2002
17. MS - Saúde Brasil 2004 Uma Análise da Situação de Saúde - BSB, 2004
18. SIS/MS - Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de recursos para a saúde- Cadernos de Economia da Saúde 1 - BSB - 2001
19. Vianna ,Solon M.; Nunes, André; Barata, Rita B. e Santos, James Richard S. - Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento - IPEA/OPS - Brasília, 2001